

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Kati Sikk

**KLIENTIDE RAHULOLU  
REHABILITATSIOONITEENUSTEGA PÕHJA-EESTI  
TAASTUSRAVIKESKUSE NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Tiiu Kamdron, PhD

Pärnu 2016

Soovitan suunata kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud "...“..... a.

TÜ Pärnu kolledži ..... osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd,  
põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

## SISUKORD

Sisukord .....	3
Sissejuhatus .....	5
1. REHABILITATSIOONITEENUSE TEOREETILINE ÜLEVAADE JA VAJALIKKUS ÜHISKONNAS .....	8
1.1. Rehabilitatsiooni mõiste ja rehabilitatsiooni erinevad käsitlused .....	8
1.2. Hindamise eesmärgistamine.....	12
1.3. Puude määratlemine .....	14
1.4. Rehabilitatsioonimeeskonna rollid ning koostöövalmidus .....	16
1.5. Uue töövõimereformi käsitlused: kliendikeskne teenuse osutamine ja vajaduspõhine rehabilitatsiooniteenus .....	21
2. KLIENTIDE RAHULOLU UURING REHABILITATSIOONITEENUSTE KASUTAMISEL .....	28
2.1. Asutuse tutvustus ja statistilised üldandmed.....	28
2.2. Meetod ja valim.....	29
2.3 Uuringu tulemused .....	34
2.3.1 Asutuse Põhja-Eesti Taastusravikeskuse valimine teenuse osutajaks .....	34
2.3.2 Rahulolu rehabilitatsiooni spetsialistidega ning kliendi ootused rehabilitatsiooni meeskonnast .....	35
2.3.3 Hinnang keskkonnale ja teenusele .....	38
2.3.4 Rehabilitatsiooniteenuse vajalikkus ning elukvaliteedi ja toimetuleku muutus peale teenust .....	40
2.4. Järeldused ja ettepanekud.....	43
Kokkuvõte .....	47
Viidatud allikad.....	49
Lisa 1. Rehabilitatsiooniteenuse rahulolu uuringu küsitlusankeet.....	53

SUMMARY .....	57
Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks .....	59

## SISSEJUHATUS

Käesoleva 2016. aasta algusest jõustus uus töövõimereform, mille käigus muutus rehabilitatsiooniteenuste korralduses palju sisulist ning lõputöös püütakse anda ülevaade uuest töövõime reformist ning uurida rahulolu rehabilitatsiooniteenustega.

Uuring teostati Põhja-Eesti Taastusravikeskuses (edaspidi PETK), kuna asutuses ei ole eelnevalt sellist uuringut läbi viidud ning asutuse rehabilitatsiooniteenuste koordinaator oli huvitatud tulemustest. Kuna asutus omab ka EQUASS kvaliteedimärki (Euroopa sotsiaalteenuste kvaliteedijuhtimise süsteem), mis on ettevõttele tunnustus usaldusväärsest sotsiaalteenuste pakkujast, siis uuringu tulemusi analüüsides veenduti, kui hästi suudetakse hoida kvaliteetset teenust. Samas püüti aru saada, kus on kitsaskohad ning millise teenuse osas ilmnes kliendi rahulolematust.

Töö eesmärgiks on selgitada PETK klientide rahulolu rehabilitatsiooniteenustega ja toimetuleku paranemist.

Lõputöö otsib vastuseid püstitatud uurimisküsimustele:

- Milline on rahulolu rehabilitatsioonimeeskonnaga ja teenust pakkuva asutuse keskkonnaga?
- Kas rehabilitatsiooniteenus on olnud kliendile vajalik ja aidanud parandada toimetulekut ja elukvaliteeti?

PETK (endine AS Keila Taastusravikeskus) on kaasaegse neuroloogilise taastusravi suuna rajaja Eestis ja keskuse rajamisest 1995. aastal, kuni tänaseni ollakse keskendunud tõenduspõhiste ravimeetodite arendamisele.

Tõenduspõhine praktika on lähenemine, mille sees kasutatakse otsuste langetamisel usaldusväärsete teadustööde tulemusi kombineeritult spetsialisti kliinilise kogemuse ja

kliendi eripäradest ja eelistustest tingitud faktoritega. Tõenduspõhisus on lähenemine kliendile individuaalselt ja see võib olla ajas muutuv ning sisaldada eeltingimusi, mis ei ole alati kindlad või ebatõenäolised (McKibbon, 1998, lk 396-401).

Töö eesmärgi saavutamiseks on seatud uurimisülesanded:

- anda ülevaade rehabilitatsiooniteenuse mõistest ja meeskonna rollide teooriast rehabilitatsiooniteenuste osutamisel;
- koostada küsimustik, mille põhjal uurida teenuste rahulolu Põhja–Eesti Taastusravikeskuse teenuste näitel;
- uuringu läbiviimine Põhja–Eesti Taastusravikeskuse klientide seas;
- uuringu tulemuste kokkuvõtmine, analüüsimine ja ettepanekute tegemine.

Uurimisülesannete läbiviimiseks koostas autor ankeetküsimustiku ja sellele vastasid teenusel olnud PETK kliendid kohe peale teenust ning, et kokku saada piisav arv respondente, saadeti ankeet ka elektrooniliselt klientidele, kes on ettevõttes korduvalt rehabilitatsiooniteenustel viibinud ning olid nõus küsitluses osalema. Ankeetküsitlusega viidi läbi kvantitatiivne uurimismeetod, kus olid valikvastustega küsimused, kui ka kolm küsimust, kus sai vastust vabas vormis põhjendada.

Lõputöö on jagatud kaheks peatükiks, mis omakorda jagunevad alapeatükkideks. Esimene peatükk käsitleb teoreetilist ning teine peatükk empiirilist osa. Esimeses osas antakse ülevaade rehabilitatsiooni mõistest, meeskonna koostöö korraldusest ja uuest (2016. aasta) töövõimereformist. Töö teine peatükk keskendub uurimistööle, kus tutvustatakse asutust, ankeetküsimustikku, analüüsitakse tulemusi ning kuidas moodustus valim. Veel antakse siin ülevaade töö autori tähelepanekutest, mis kliendile kõige enam rahulolu pakkusid.

### **Töös kasutatud põhimõisted**

**Sotsiaalne rehabilitatsioon** - Sotsiaalkindlustusameti kaudu võivad saada alla 16-aastased lapsed, vanaduspensionari ealised isikud ja need tööealised isikud, kes ei tööta, ei õpi ega ole töötuna arvele võetud. On mõeldud kõigile puudega inimestele ja osalise või puuduva töövõimega inimestele, kes vajavad igapäevaelus abi puudest või erivajadusest tulenevate piirangutega toimetulekuks (Sotsiaalne rehabilitatsioon...2016);

**Tööalane rehabilitatsioon** - on mõeldud tööealistele vähenenud töövõimega inimestele ehk inimestele, kellel on puue või uue korra järgi tuvastatud osaline töövõime või senise korra järgi on nad tunnistanud töövõimetuks. Tööalase rehabilitatsiooni teenused on mõeldud 16-aastastele kuni vanaduspensioni ealistele inimestele ning neid teenuseid vahendab Töötukassa (Sotsiaalne rehabilitatsioon...2016);

**Taastusravi** – aktiivne raviliik, mida osutatakse häirunud funktsioonide optimaalseks taastamiseks, säilitamiseks või puudega kohanemiseks. Taastusravi osutatakse taastusraviplaani alusel ravijuhiste kohaselt ravinäidustusega patsiendile (Töövõimeleht, 2015, lk 2);

**Töövõime hindamine** – hinnangu andmine inimese töövõime ulatusele. Töövõime hindamisel võetakse arvesse inimese tervises seisundit ning sellest tulenevaid tegutsemis- ja osaluspiiranguid (Töövõimeleht, 2015, lk 2);

**Puue** – on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. Seaduse alusel tuvastatakse kuni 16-aastaselt lapsel ning vanaduspensioniealisel inimesel lähtuvalt kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadusest sügav, raske või keskmine puude raskusaste (Puuetega inimeste...2016 ).

Lõputöö autor tänab juhendajat toetuse ja koostöö eest, samuti enda perekonda ja sõpru julgustavate sõnade eest. Tänuõnad ka küsitluses osalejatele ning Põhja-Eesti Taastusravikeskuse sotsiaaltöötajale, kes oli suureks abiks ankeetide kogumisel.

# **1. REHABILITATSIOONITEENUSE TEOREETILINE ÜLEVAADE JA VAJALIKKUS ÜHISKONNAS**

## **1.1. Rehabilitatsiooni mõiste ja rehabilitatsiooni erinevad käsitlused**

Sotsiaalhoolekande seaduse alusel sätestatud rehabilitatsiooniteenus on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada isiku iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist. Tulenevalt kliendi eest võib sõnastada rehabilitatsiooni alaeesmärgid nagu laste puhul lapse arenguks ja hariduse omandamiseks tingimuste loomine, tööeliste inimeste puhul, tööle asumise, tööjõu taastamise ja säilitamise soodustamine ning eakate puhul isiku iseseisva toimetuleku ja sotsiaalse aktiivsuse soodustamine, toetus, kuid silmas tuleb pidada, et igas eas isiku terviklik rehabilitatsioon sisaldab meetmete rakendamist kõigis eluvaldkondades: elamine e iseseisev toimetulek, õppimine, töö, vaba aeg ja sotsiaalsed suhted. Rehabilitatsiooniteenuse alaeesmärke saab täpsustada ka lähtuvalt sihtgruppide vajadustest. Inimeste puhul, kes ei ole võimelised töötama ea, puude või psüühilise erivajaduse tõttu, on teenuse eesmärgiks suurendada iseseisvat toimetulekut ja vähendada teiste pereliikmete hoolduskohustust. Laste rehabilitatsiooniteenuse eesmärgiks on arengutingimuste ja võrdsete võimaluste tagamine tööeliseks saamisel, pööratakse tähelepanu lapse arenguliste iseärasustele, tegevusvõime tugevatele külgedele ja piirangutele võttes arvesse lapse kasvukeskkonna tingimusi ja võimalusi (Tervise Arengu...2008, lk 11).

Üks esimesi dokumente, mis Eestis toob sisse rehabilitatsiooni mõiste, on puuetega inimeste võrdsete võimaluste loomise standardreeglid. Selle dokumendi kohaselt on rehabilitatsioon ehk rehabiliteerimine protsess, mille eesmärgiks on saavutada ja hoida puuetega inimeste võimalikult kõrget füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise



ja/või sotsiaalse funktsioneerimise taset, võimaldades neile nii suuremat iseseisvust. Rehabilitatsioon sisaldab: funktsioonide arendamise ja/või taastamise, puudumise või piiratud kompenseerimise meetmeid. Samuti tuuakse välja, et rehabilitatsioon ei hõlma esialgset meditsiinilist abi. Rehabilitatsiooni üldmõiste sisaldab taastusravi, sotsiaalset, pedagoogilist ja ametialast rehabilitatsiooni. 1999. aastal ei olnud Eestis ühtset riiklikku süsteemi, mis kindlustanuks puudega või krooniliste haigustega inimesele parima kaasaegse rehabilitatsiooni ja sellepärast loodi 1999. aastal uus kontseptsioon, et ühendada erinevate valdkondadega asutusi (Hanga, 2012, lk 25).

Rehabilitatsioon on inimese tegevusvõime ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese sotsiaalse osaluse suurendamine ühiskonnas. Rehabilitatsiooni lõppeesmärk on alati inimese sotsiaalse elu taastamine ja seal osalemine. Kuid väga oluline on rehabilitatsiooni terviku mõistmiseks teada, et rehabilitatsiooni vahe-eesmärgid on inimese keha struktuuride ja funktsioonide ning psüühiliste funktsioonide arendamine ja restruktureerimine, võimete arendamine, tegevuse ja osaluse kohandamine ning tegevusvõimet piiravate keskkonnategurite kohandamine inimese suhtes (International Encyclopedia...2016).

„Ühiskonnas on rehabilitatsiooni kohta kasutusel mitmeid mõisteid ja lähenemisi. Sõna rehabilitatsioon tuleneb ladina keelest, tähendades millegi heastamist ja taas tunnustamist. Rehabilitatsiooni üldine eesmärk on suunatud haavatavate inimeste eluolu parandamisele ja nende osalemise suurendamisele ühiskonnas (Tervise Arengu...2008, lk 11).

Veel rohkem filisoofilises mõttes on rehabilitatsioon (taastusravi) kõige enam arenenud vorm kaasaegses humanismis. Rehabilitatsiooni eesmärk on pakkuda vabadust, võrdsust ja vendlust otsesel viisil ja mis on sotsiaalses elus osalemine kõigile sõltumata nende füüsilisest ja psühholoogilisest erinevusest (International Encyclopedia...2016).

Rehabilitatsioon ja esmane ravi on olulised instrumendid funktsioonide piirangutega inimestele, et hiljem jääda või naasta oma koju või kogukonda, elada iseseisvalt ja osaleda hariduse omandamisel, tööturul olla ja ühiskondlikus elus osaleda. Piisav juurdepääs taastusravile ja esmasele ravile võib vähendada haigusest tingitud tagajärgi

ning parandada tervist ja elukvaliteeti ning seega vähendaks tervishoiuteenuse kasutamise osa. Kuigi globaalsed andmed näitavad taastusravi ja esmast liiki ravi vajadust, siis ikkagi kvaliteetsete meetmete hinnangud näitavad puudujääke riiklikul tasandil teenuse osutamist ja juurdepääsu just paljudes madala ja keskmise sissetulekuga riikides (Rehabilitation and habilitation, 2016).

Allpool olevas tabel 1 selgitab raviteenuse ja rehabilitatsiooniteenuse erinevusi ressursside jagamisel ja osatähtsust antud teenuse valdkonnas.

**Tabel 1.** Üldised arusaamad ravi ja rehabilitatsiooni erinevustest (autori koostatud).

Üldised erinevused	Rehabilitatsioon	Ravi
Missioon:	Rahulolu ja funktsioneerimise parandamine	„tervendamine“, sümptomite vähendamine, terapeutilised insaidid
Aluseks olev põhjuslik teooria:	Teooria puudub	Erinevad teooriad, mis määravad ravivõtete iseloomu
Keskendumine:	Olevik ja tulevik	Minevik, olevik, tulevik
Diagnoosi sisu:	Hinnatakse olemasolevaid ja vajalikke oskusi	Sümptomite võimalikud põhjused
Peamised tehnikad:	Oskuste õpetamine, ressursid	Psühhoteraapia, farmakoteraapia
Ajaloolised juured:	Kliendikeskne teraapia, spetsiaalsed õppimisviisid, tööalane-ja füüsiline rehabilitatsioon, ressursside arendamine	Somaatiline meditsiin, teooria

Allikas: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990, lk 9

Rehabilitatsioon on suur ja keeruline valdkond, milles arvavad Vergason (1990), Dufour ning Gedda (2007), et see hõlmab inimese kõiki aspekte tema kahjustusega. Seega sõltub kirjeldus suures osas sõnadest, mis peavad olema valitud, määratletud ja kirjeldatud – paljud sõnastikud, aga mis on avaldatud, ei keskendu peamisele fookusele rehabilitatsiooni vallas (International Encyclopedia...2016).

Taastumisel (ing k *recovery*) on mitmeid tähendusi. See võib tähendada haigusejärgset tervenemisprotsessi, halbade kogemustest ülesaamist või tervema enesehinnangu ja

suurema enesekindluse saavutamist. Ka puudega toimetulemise õppimine ja mõtestatud, tavapärase elu juurde tagasipöördumine on osa taastumisest. Viimase tähtsust rõhutavad eeskätt need inimesed, kes on kogenud tõsiseid vaimse tervise probleeme. Nad peavad taastumist oma isiklikuks teekonnaks (Bugarszki et al., 2015, lk 5).

Taastumistegurite kohta on tehtud mitmeid uuringuid ja sealt selgunud, et neid võib liigitada kategooriatesse ehk nimetame neid taastumisprotsessi viieks tugisambaks ja need on (Wilken & Hollander, 2015, lk 69-70):

- a. motivatsioon- tahe, soovid, mis panevad liikuma;
- b. identiteet- oma eluloo konstrueerimine. Enda isiklike jõudude avastamine, samuti identideedi areng;
- c. teadmised ja oskused- võime tulla toime piirangutega ja arendada enesekontrolli;
- d. staatus ja elu mõtestamine- positiivsete suhete ja rollide väljaarendamine, valmis seadma uusi sihte ja tegema elus valikuid;
- e. sotsiaalne ja materiaalne toetus- kokkupuude saatusekaaslastega, eluase, töö, professionaalne hooldus ja toetus.

Taastumine tähendab isiklikku protsessi, milles inimene saavutab uuesti enesekindluse, õpib paremini toime tulema oma haavatavusega ja hakkab jälle täitma oma sotsiaalseid rolle. Taastumisprotsess on isiklik, kuid siiski on selleks vaja ka teiste tuge - sarnased kogemusnõustajad, pereliikmed, sõbrad või tugiteenuse osutajad, et toetus viia tõhusalt ja kindlalt vastavusse inimeste soovidega ja vajadustega selles protsessis (Wilken & Hollander, 2015, lk 8).

Sõnal rehabilitatsioon on palju erinevaid tähendusi: süüdimõistetud ja vangid, elujõuetud vanainimesed, majade amortiseerumine, häbistavad poliitikud, või rohkem aktuaalne osa meie elust kes on sõjas vigastatud sõdurid. Raamatus „Rehabilitation Studies Handbook“ (1997) kirjutatakse rehabilitatsiooni tüübist, mis on inimese bioloogiline kahjustus ja tihti otsime puudest tingitult teostusvõimalust, mis sobiks meie elustiiliga ja puudest tingitud vaegustega. See omakorda nõuab arusaamist kultuurilisest ja füüsilisest keskkonnast, kus puudega inimesed elavad. Inimene peab harjuma oma puudega elama ja optimeerima oskusi ja teadmisi oma füüsilises, sotsiaalses kui ka

psühholoogilises funktsioneerimises. Samuti, et puudega ja erivajadusega inimesed saavutaksid sotsiaalse integratsiooni, ei hõlma taastusravi teekond ainult( rehabilitatsioon) sihtkohta jõudmist, vaid peab tegema ka selle nimel palju tööd. Kogu rehabilitatsiooni protsess on palju lähemal haridusele ja koolitusele, kui ravi ravimitega ja operatsioonidega (McLellan & Wilson, 1997, lk 1).

Rehabilitatsiooni võib kirjeldada kui puudega inimese toetamist ja oskuste arendamist toimetulekuks tema enda sotsiaalses keskkonnas:

- elamine – väljas käimine, enda hügieeni korrashoid (riietumine, pesemine), igapäeva toimetused;
- õppimine – mida oskab ja mida saab juurde õppida, mis on huvid;
- sotsialiseerumine – kogukonnad, sobivad sõbrad, kontaktisikud, sidevahendid;
- töötamine – oskuste arendamine, vajadusel ümber õppimine, tööruumide kohandamine.

Rehabilitatsiooni teostamiseks pole vaja haiguse tekkepõhjuse kohta selgitavat teooriat, vaid on vaja keskenduda inimese oskustele ja ümbruskonna toetusele (kogukond, ühiskond) ning ressursside arendamisele (Anthony et al., 1990, lk 8).

## **1.2. Hindamise eesmärgistamine**

„Sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse hindamine“ hindamismetoodika, mis on välja töötatud projekti nr 1.3.0330.12-0132 Euroopa Sotsiaalfondi programmist „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013“ (programmi pikendus) ütleb, et 2016. aasta jaanuaris jõustuv sotsiaaltoetuste seadus (edaspidi SHS) sätestab täisealistel puudega isikute rehabilitatsioonivajaduse hindamise enne teenusele suunamist Sotsiaalkindlustusametis (edaspidi SKA) juhtumikorraldaja poolt. Teenuse vajaduse tuvastamine on antud hindamismetoodikas suunatud täisealistele isikutele (Astangu Kutserehabilitatsiooni...2015):

- Tööealistele (16-aastastele kuni vanaduspensionistidele) puuduva töövõimega isikutele;
- Tööealistele puudega või töövõime kaotusega või osalise töövõimega isikutele, kes ei tööta, ei õpi ega ole töötuna arvel Töötukassas;

- Vanaduspensioniealistele puudega isikutele.

Uuele töövõimereformile üleminekuks on 160 miljonit eurot Euroopa Struktuurifondide raha ja selle paketi üleminek kestab kuni 2021. aasta lõpuni. Kuna minnakse uue reformiga seoses üle töövõime hindamisele, siis paljud teenused hakkavad kliendini jõudma läbi Eesti Töötukassa (edaspidi TK), kuhu on suunatud tööturuteenuste vahendeid 7,8 miljoni euro eest. Kuna tööalast rehabilitatsiooni pakutakse koos teiste tööturuteenustega, tekib sellest terviklik pakett, millest on inimesele rohkem abi kui praegusest süsteemist, kus selge seos rehabilitatsiooni ja tööturuteenuste vahel puudub (Kuuse, 2015).

Silmas tuleb pidada, et igas eas isiku terviklik rehabilitatsioon sisaldab meetmete rakendamist kõigis eluvaldkondades: elamine, sh iseseisev toimetulek, õppimine, töö, vaba aeg ja sotsiaalsed suhted. Kuigi sotsiaalhoolekandeseaduses reguleeritud rehabilitatsiooniteenus keskendub eeskätt puude ja pika-ajalise terviseprobleemidega inimestele, on ka siin rehabilitatsiooniteenuse osutamisel teatud erinevusi, mis sõltuvad puudespetsiifikast (Tervise Arengu...2008, lk 11).

Inimesed, kellel on diagnoositud psüühikahäire, puutuvad sageli kokku kaasinimeste või ühiskonnapoolse stigmatiseerimisega – kõik see, mis tavainimestele on kättesaadav, ei pruugi olla kättesaadav neile, kellel on diagnoositud psüühiline haigus. Psüühikahäirete ravis suundub fookus üha rohkem taastumisprotsesside toetamise poole. Oluline taastumist toetav faktor on võrdsusel ja partnerlusel põhinev suhe spetsialisti ja teenusekasutaja vahel (Bugarszki et al., lk 25).

Ravi praktika ja psühhiaatriline rehabilitatsioon (näit. psühhoteraapia) kattuvad mingil määral, sest psühhiaatriline ravi ja rehabilitatsioon toimuvad teineteisele järgnevalt või samaaegselt. Samuti on tihti tegemist sama asutusega, kus viiakse läbi nii rehabilitatsiooni tehnikaid kui ka ravivõtteid ning rehabilitatsiooniprogramme. Kui psühhiaatrilise vaegusega inimese eesmärk on saada psühhiaatrilist rehabilitatsiooni, siis tuleb vahet teha ravil ja rehabilitatsioonil. Rehabilitatsioon tuli kõne alla, vaid, siis kui ravi lõppes või kui ravi oli ebaõnnestunud (Anthony et al., 1990, lk 7).

Ka praegusel ajal kasutavad paljud psühhiaatrilise rehabilitatsiooni programmid rohkem ravitehnikaid, kui psühhiaatrilise rehabilitatsiooni tehnoloogiat ja praktikud on kinni rohkem diagnoosis. Kahjuks valitakse rehabilitatsiooni personal ravialaste teadmiste, mitte rehabilitatsioonialase kompetentsuse järgi (Ibid, 1990, lk 7). Rehabilitatsiooniplaan määrab üldjooontes kindlaks, kes on millegi eest vastutav, kui pikalt ja kus, mida tehakse. Rehabilitatsiooni diagnoos annab vastuse küsimusele, miks (Ibid, 1990, lk 111).

Oluline on sealt saada positiivseid hinnanguid kui ka õppimiskogemusi. Kui on vaja tegevuskava kohandada, siis saadud kogemuste põhjal me seda teemegi. Isiklik tegevuskava ei ole staatiline ega nii öelda kivisse raiutud, vaid seda kasutatakse paindlikult, arvestades mõõdukat tempot ja rütmi ning ajavahemikku (Wilken & Hollander, 2015, lk 91).

### **1.3. Puude määratlemine**

Arvatakse, et on rohkem kui 600 miljonit inimest maailmas (WHO) on puudega. See kujutab endast 18 – 20% kogu maailma rahvastikust. Kui mõju peredele ja hooldajatele peetakse umbes 25% maailma rahvastikus, siis on see mõjutatud puudest ja on tugevas korrelatsioonis - hinnatakse, et puuetega inimeste esinemissagedus tõuseb ja sünnitavate naiste vanus samuti tõuseb (The International Federation...2012).

ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsioon sõnastab rehabilitatsiooni kohustuse riigile, kui institutsioonile; “kes peab võtma kasutusele tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, kaasa arvatud vastastikune toetus, et võimaldada puudega inimestel saavutada ja säilitada maksimaalset iseseisvust, täielikku füüsilist, vaimset, sotsiaalset ja kutsealast võimekust ning täielikku kaasatust ja osalemist kõigis eluvaldkondades. Selleks tuleb pakkuda rehabilitatsiooniteenuseid ja -programme, eriti tervishoiu, tööhõive, hariduse ja sotsiaalteenuste valdkondades“. Taastusravi on häirunud funktsioonide taastumise või puudega kohanemisele. Haigekassa tasub taastusravi eest, vaid, siis kui see on osutatud kindlatel meditsiinilistel näidustustel ja protseduurid on vajalikud (Eest Puuetega Inimeste...2013).

Puue on vaidlustatud mõiste ja definitsioonid on aegade jooksul olnud erinevad ja põhinevad sotsiaalsete normide järgi. On olnud suuri arutelusid selle kohta, milline on puue ja kes on puudega. Hilisemate mudelite vahel on eristatavad objektiivsete väärtuste langust ja sotsiaalsed komponendid on sellel tasandil individuaalsed. Puude all saab mõista kehalist, sensorset või kognitiivset puudujääki ja võivad hõlmata ka füüsilist, vaimset ja kroonilist haigust. Puuetega inimeste sotsiaalses mudelis rõhutab see, et puue on ühiskonna poolt loodud, kuigi meditsiiniline mudel vaatab seda üksikult ja arvab, et puue on omaduslik isikuosa (The International Federation...2012).

Artiklis, mis on kirjutatud Postimehele neli aastat tagasi, ütleb autor Hanneli Rudi, et „puue on ajas muutuv mõiste ja vaegustega isikute ning suhtumuslike ja keskkondlike takistuste vastasmõju tagajärg, mis takistab nende isikute tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel“. „Nii võetaksegi puude määramisel arvesse ka teisi isiku toimetulekut mõjutavaid aspekte, mitte ainult tervisekahjustuse ulatust. Võimalike rehabilitatsiooni teenuse taotlejate arv on Eestis ligi 130 000 inimest“ (andmed 2012. aastast). „Reaalselt taotleb teenust 20 000 inimest aastas. Erinevate küsitluste ja uuringute põhjal saab tõdeda, et paljud puudega inimesed ei vaja hoolekande mõistes rehabilitatsiooniteenust, sageli vajatakse tervishoiuteenuse raames raviteenust, lisaks muid toetavaid teenuseid kohaliku omavalitsuse või TK poolt“ (Rudi, 2012).

Aastaga lisandus Eestis üle 3000 puudega inimese, ületades 140 000 piiri. 2014. aasta 1. jaanuari seisuga on puuetega inimeste osatähtsus rahvastikus ligikaudu 11%. Enamik puuetega inimestest kuuluvad vanematesse vanuserühmadesse ja 70% neist on üle 55-e aastased. Suurenenud on puuetega inimeste seas alla 15-aastaste osatähtsus, neid oli 7% rohkem kui 2012. aastal (Eesti statistika...2014, lk 129).

Farkas ja Anthony (2010) on öelnud, et „rehabilitatsioon toimub inimese, tema perekonna ja kogukonna ning üldisemalt laiema sotsiaalse ringi kokkupuutepunktis. Selle asemel, et keskenduda inimese puude patoloogiale ja sümptomitele, tehakse tööd inimese sotsiaalsete suhete, töökoha, vaba aja, pereelu ja hariduse jt inimese jaoks oluliste valdkondadega, olles fokusseeritud inimese kompetentsi ja oskuste tõstmisele ja keskkonna toetamisele“ (Maisväli, 2015, lk 8).

Bezyak, Walker jt (2012) arvavad, et vaatamata sellele, et erinevad kogukonnateenused võivad olla puudega inimesele kättesaadavad, siis võib takistuseks saada rehabilitatsioonitöötajate vähesed ja kogemuslikud teadmised kogukonna erinevatest võimalustest ja ressurssidest. Selleks pakutakse välja, et võiks edendada erinevate asutuste suhtlemist omavahel e-maili või telefoni teel, mis võiks olla edasiviiv ja jätkuv (Maisväli, 2015, lk 24).

#### **1.4. Rehabilitatsioonimeeskonna rollid ning koostöövalmidus**

Rehabilitatsioonimeeskonda peab kuuluma vähemalt kolm erinevat spetsialisti, kellest ühel on kutseseaduse alusel välja antud sotsiaaltöötaja kutse, riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös või sellele vastav kvalifikatsioon. Rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu võib kaasata kogemusnõustaja, kellel on õigustatud isiku puudega või tervisekahjustusega sarnase puude või tervisekahjustuse kogemus ning kes on läbinud valdkonna eest vastutava ministri määrusega kehtestatud 117-tunnise kogemusnõustaja esmase koolituse (Sotsiaalhoolekande...2016).

Sotsiaaltöötajad töötavad individuaalsel tasandil kui ka kogukonna põhiselt puudega inimesega, peredega kellel on laps puudega või on pereliige puudega nii riigi siseselt kui ka rahvusvahelisel tasandil. Nende töö nimetatud valdkondades hõlmab otsest praktikat, rühmatööd, kogukonna edendamist, poliitilisi tavasid, uurimistöid ja selgitustööd. Sotsiaaltöötajad on mänginud võtmerolli diskrimineerimisvastaste õigusaktide arendamises, toetanud puuetega inimesi ja arendanud puuetega inimeste erinevaid programme. Sotsiaaltöötajad töötavad koos puuetega inimeste ja erinevate peredega, et tajuda paremini nende sotsiaalset kaasatust, kommuunielu edendamist, tööhõive paranemist, perede toetamist ja taastusravi osa (The International Federation ...2012).

Eelduseks teha koostööd on kokkulepitud ühistegevused. Kõik grupiliikmed peavad teadma eesmärgi, sihte, rolle mis nad on püstitanud ja mille täitmist neil oodatakse, omavaheliste suhete iseloomu ja konfliktidega toimetuleku võtteid ning protsesse, mille vahendusel grupiliikmed ühistegevusse asuvad (Vadi, 2001, lk 195).



Maailmas ja eriti Euroopas on üheks tõhusamaks ja kasutatavamaks mudeliks dr. Meredith Belbini poolt Suurbritannias loodud meeskonnarollide mudel. Meeskonnaroll on soodumus meeskonnas mingil kindlal kombel käituda, meeskonnatöös osaleda ja kaasliikmetega suhelda (Belbin Eesti, 2016).

Belbin väidab, et meeskonnaliikmed peavad tiimi tõhusaks ja edukaks toimimiseks täitma kõiki rolle. Üks põhilisi ideid on, et ükski inimene ei ole täiuslik, aga meeskond võib saada täiuslikuks (Brooks, 2008, lk 114).

Kui lähtuda Belbini teooriast, siis eristatakse kuute etappi, mida meeskond peab ka rehabilitatsiooniteenuse osutamisel läbima (Vadi, 2001, lk 193-194):

1. Vajaduste määratlemine – paned koos kliendiga paika ideed ja eesmärgid;
2. Ideede otsimine – eesmärkide realiseerimiseks vajalikke tegevuste ja vahendite leidmine;
3. Plaanide sõnastamine – eesmärgiks saab konkreetne plaan ja seda aitab teostada parimate oskuste ja teadmistega spetsialist;
4. Kontaktide loomine - siin mõjutab ja innustab meeskonnaliikmeid liider ehk rehabilitatsioonimeeskonnajuht, kes oskab samuti ka ressursse õigesti jaotada;
5. Tegevuskorralduse loomine – reeglite ja protsesside läbiviimine ja kokkuleppimine;
6. Täidesaatmine – püstitatud ülesannete sooritamine, eesmärkide saavutamine.

Anthony, Cohen ja Farkas (1990) toovad, aga välja, et kõige olulisem mõjutaja ei ole mitte personali roll, vaid pigem täita funktsioone, mida planeerimisel läheb vaja. Sõltumata tiitlist või rollist peavad personalil olema vajalikud oskused, teadmised ja suhtumine, kuidas kliendiga saada kontakt lähedasema sideme loomiseks, aidata tal valida rehabilitatsioonieesmärgid, aidata tal hinnata enda oskuseid ja arendada ressursside jaotumist ja kuidas õigete ressurssideni jõuda. Anda kliendile edasi uusi oskusi ja kasutada olemasolevaid maksimaalselt ning kliendi toetamine vajadusel (1990, lk 128).

Kõige efektiivsemalt töötavad need meeskonnad, kus lisaks heale meeskonna tööle on ka töö iseloom sobivaim. Nagu meeskonnarollil on oma tugevused, on ka igal töökohal nõuded oma käitumisele, kuidas tööga tõhusalt toime tulla. Kõige efektiivsemad on meeskonnad, kus on neli kuni kuus inimest. Kuna igal inimesel on kaks kuni kolm eelistatud meeskonnarolli, saab inimesi ja meeskonnarolle tundes lihtsalt moodustada efektiivse meeskonna (Belbin Eesti, 2016).

Raamatu „When Teams Work Best” (*“Meeskondade ideaalseim koostöö”*) autorid Lafasto, Frank, Larson ja Carl kogusid 15 000 küsitluslehte, milles meeskondade liikmed pidid andma hinnangu oma meeskonnakaaslastele. Esitati ainult kaks küsimust: „millega antud isik meeskonda tugevdab ja mida peaks see isik tegema, et tema panus meeskonna edusse oleks efektiivsem”? Hinnangutest ilmnis kuus faktorit, mis aitavad eristada efektiivseid ja ebaefektiivseid meeskonnaliikmeid. Need faktorid jagunesid kahte gruppi: kogemused ja probleemide lahendamise oskus. Meeskonnatöö koosneb neljast faktorist: avatus, toetus, tegevusele orienteeritus ning isiklik stiil. Kui igal liikmel on need omadused olemas, on meeskonna koostamise tulemus tõenäoliselt edukas (Meeskonna loomise ...2012).

Kaasaegne ühiskond muutub koguaeg vabamaks ja dünaamilisemaks ja sellel aitavad kaasa kommunikatsioonide revolutsioon ja tööjõu aina suurenev spetsialiseerumine. Et saavutada võrgustik peavad töötajad tänapäeval tegema koostööd paljude erinevate inimestega ja neis moodustuvate gruppidega, mis tekib nii professionaalses kui ka isiklikus elus. Seda ei juhtu alati, et uue grupiga liitumisel sobitakse omavahel ideaalselt.

Kuid on olemas meetodid kuidas nõuetega kohaneda ning meeskonna loomisel tegevuse käivitamise ning planeerimise komponendid on (Meeskonna loomise...2012):

- eesmärkide püstitamine,
- rollide jagamine meeskonnas,
- isiksuste harmoniseerimine,
- koostöö õppimine,
- meeskonnasisene toetus,
- ressursside efektiivne kasutamine,
- meeskonnaliikmete ja eestvedajate vaheline suhtlus.

Eestis on rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeteenused viimase kümne aasta jooksul jõudsalt arenenud, aga nagu teistes riikideski, peavad ka meie sotsiaaltöö- ja tervishoiuspetsialistid leidma senisest paremaid viise koostööks. Taastumise etapil toetavad inimesi rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistid (sotsiaaltöötajad, psühholoogid ja teised spetsialistid). Samas ei ole mitmeid erialasid hõlmav interdistsiplinaarne meeskonnatöö, mille keskmeks on isiku elamine ja taastumine kogukonnas, veel piisavalt levinud. On selge, et erinevate valdkondade (sotsiaalhoolekanne, tervishoid, haridus, tööhõive jm) spetsialistide tööpraktika vajab arendamist, et inimesi paremini toetada (Bugarszki et al., 2015, lk 25).

Teiseks on oluline eesmärkide püstitamine - meeskonna loomise juures on esmatähtis eesmärkide seadmine. Meeskonna eestvedaja jaoks on oluline panna eesmärgid paika võimalikult vara, et ka kõik liikmed mõistaksid enda osalemise eesmärgi. Kui sihid on selged, on osalejad motiveeritud andma endast parim ning looma eestvedajaga usalduslik suhe. Eesmärgid annavad meeskonnale tegevussuuna ning väärtuse ja olulisuse tunde. Eestvedaja jaoks on väga tähtis olla kindel, et meeskond teab, kuidas toimida ja kuidas nad oma ülesannetega hakkama saavad (Meeskonna loomise...2012).

Kui eesmärk pole enam kohane, kaob inimeses motivatsioon ning langeb efektiivsus. Kas eesmärgid, mis meid rahuldavad, on kättesaadavad, kas need on realistlikud ja teostatavad (Tankler, 2003). Eesmärkide seadmine on protsess, kus tuleb kokku leppida ja teostada tulevast rehabilitatsiooni nii, et need eesmärgid kui ka planeerimine,

viitaksid patsiendi kui üksikisikule koos temaga individuaalsele grupile tervishoiutöötajatele ning kuhu on veel kaasatud muud seotud isikud nagu pereliikmed. Eesmärkide seadmisel peab olema ühine arusaam mis on ootused, kes on selle rehabilitatsiooni üksikosadega seotud ja läbirääkimistel on olemas suund kuhu liikuda (Dean et al., 2012, lk 86).

Nii nagu on kunagi teinud kindlaks ka Maslow oma teoorias, et inimesi teeb kõige enam rahulolevaks töö sisu (eneseteostus, karjäär, tunnustus) ja, et töötaja oleks motiveeritud oma võimeid edasi arendama on vajalik, et töö pakuks kõrgemal tasemel eneseteostuse võimalust (Puusepp, 2016).

Efektiivse koostöö oluline eeldus on, et meeskonda kuuluksid erinevate kogemuste, oskuste ja omadustega inimesed, sest kui kõik näevad asju ühtemoodi ei hakka see meeskond kunagi panustama ressursside õigele jagamisele. „Efektiivsusest on räägitud kogu aeg – kes tõsiselt, kes vähem tõsiselt. Nüüdseks on sellest saanud ellujäämise võtmesõna. Tööelu on pidevas muutumises. Kui soovime vastu pidada ja ka edu saavutada, peame ka ise muutuma. Seega tuleb õppida oma panust andma enam kui ühel viisil – soovitatavalt kõige sobivamal“ (Belbin Eesti...2016).

Kliendi individuaalseid eesmärke seades tuleb meele pidada, et inimesed vajavad nii püüdlemist eesmärgi poole kui selle pingutuse tulemusena saavutustunnet. Selle tugivõrgustiku üles ehitamine, ükskõik kas mõne äriettevõtte meeskonnas või rehabilitatsiooni valdkonnas on oluline koostöö erinevate gruppide vahel. Omavahelised läbisaamised tekitavad alati esialgu pingeid ja probleeme, sest kombatakse piire ja suutlikust, kuid edasise koostöö laabumiseks peab pingutama ja selle etapi edukalt lõpule viima.

Eesmärkide seadmise kohta on palju häid nõuandeid ja üks lihtsamaid komplektseid sõnu on SMART (Tankler, 2003):

- S: specific – konkreetne;
- M: measurable – mõõdetav;
- A: attainable – saavutatav, realistlik;
- R: relevant – asjakohane, mõttekas;
- T: trackable – kontrollitav.

Eesmärgid on saavutatavad kindla aja vältel, piirangutega ja on väljendatud mingites mõõtühikutes. Nende tegevuste realiseerimiseks on Meredith Belbin öelnud, et ideaalne meeskond, kes suudab teha otsuseid ja on tegutsemisvõimeline koosneb neljast kuni kuuest liikmest (Suurusel on...2016). Selline arv spetsialiste on ka praegu meie rehabilitatsioonimeeskondades, kuigi uue reformi jõustumisel piisab ka kolme spetsialisti kaasamisest.

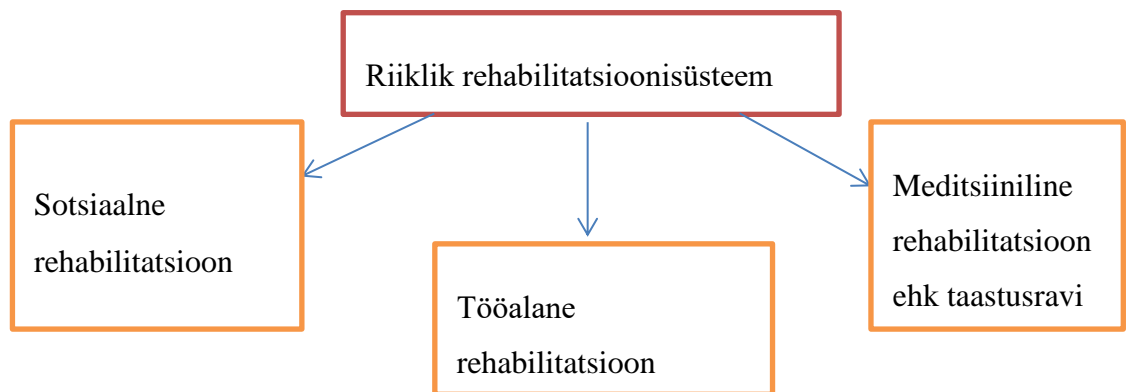
### **1.5. Uue töövõimereformi käsitlused: kliendikeskne teenuse osutamine ja vajaduspõhine rehabilitatsiooniteenus**

Töövõime reform on samm edasi Eesti sotsiaalkindlustuse kaasajastamisel, millega lõpetatakse püsiva töövõimekaotuse protsentide tuvastamine ning hakatakse hindama töövõimet. Uus töövõime toetamise korraldus sisaldab isikupõhist lähenemist ja juhtumitööd. Alates 1. jaanuarist 2016 alustab tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamise korraldamist ja rahastamist TK. Tööalase rehabilitatsiooni teenust võib saada tööealine (16-a kuni vanaduspensioni ealine) isik, kellel on vähenenud töövõime (puue või uue korra järgi tuvastatud osaline töövõime või senise korra järgi tunnistatud töövõimetuks) ja kes on tööturul aktiivne (on töötuna arvele võetud või õpib või töötab või on füüsilisest isikust ettevõtja) (Töövõimereformi eesmärk).

Rehabilitatsiooniteenuse meeskonda kuuluvad taastusarst või eriarst (ühekordne konsultatsioon plaani koostamisel), füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed, sotsiaaltöötaja.

Rehabilitatsiooniteenuse korraldus kujundatakse ümber nii tööturu- kui ka sotsiaalvaldkonda hõlmavaks terviklikuks süsteemiks. Sellega lisandub tööturuteenuste loetellu uus teenus – tööalane rehabilitatsioon, mida hakkab pakkuma Töötukassa (Töövõimereformi eesmärk).

Et tegevuste jagunemine oleks selgem on autor lisanud joonise nr 1, mis on koostatud SKA kodulehel oleva info näitel (Sotsiaalne rehabilitatsioon...2016):



**Joonis 1.** Rehabilitatsioonisüsteemide jagunemine alates 01.01.2016. aastast (autori koostatud).

SKA juhtumikorraldaja viib läbi hindamise, milles käigus selgub, kas klient on vaja suunata rehabilitatsiooniteenusele või on vajalikud muud teenused. Kui on vajalik rehabilitatsiooniteenus, siis teenuse osutamise aluseks on (Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus):

- rehabilitatsiooniprogramm,
- sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse hindamise tulemusena koostatud tegevuskava,
- rehabilitatsiooniplaan.

Hinnangule ja tegevuskavale lisatakse teenuse saajat hinnanud spetsialistide kinnitus järgmises sõnastuses: „Olen teadlik rehabilitatsiooniplaanis antud hinnangutest ja tegevuskavast ning nõustun nendega” ja teenuse saaja või tema seadusliku esindaja kinnitus järgmises sõnastuses: „Olen teadlik rehabilitatsiooniplaanis antud hinnangutest ja tegevuskavast, nõustun nendega ning täidan tegevuskava.” Kinnituse allkirjastab iga

teenuse saajat hinnanud spetsialist ja teenuse saaja või tema seaduslik esindaja ühel korral, märkides oma nime ja allkirjastamise kuupäeva (Sotsiaalse rehabilitatsiooni...2015).

Peale hindamist planeeritakse tegevuskava. Kujundatakse arusaam takistustest tööle asumisel, mida saab selles protsessis muuta ja kuidas seada eesmärgid. Kui plaanitakse rehabilitatsiooni kliendile, kes sisuliselt on valmis ja tahab funktsioneerida ühiskonnas ja tööd teha (kutseõpe) ning olla positiivne, siis tuleb eesmärgid reaalselt kehtestada ja sõltuvalt sellest, kus ta tööle hakkab või töötab vaadata aja möödudes uuesti üle tegevuskava, sest kliendikeskne lähenemine on võtmesõna ja ajalised tegevused peavad olema planeeritud (Holmes, 2007, lk 100).

Teenust osutatakse vastavalt suunamisotsusele kuni kahe aasta jooksul. Teenuseosutaja osutab isikule rehabilitatsiooniteenuseid ja vajadusel korraldab, et isik saaks kõik temale vajalikud rehabilitatsiooniteenused ühe teenuseosutaja juures. Kui klient käib teenusel programmi põhiselt ja programmi kestvus on rohkem kui kaks aastat, siis SKA teeb jätkusuunamise otsuse ja klient saab teenusel käia programmi lõpuni.

Töölase rehabilitatsiooni eesmärgiks on vähenenud töövõimega inimese tööeluks ettevalmistamine, tema tööle asumine või töötamise toetamine. Õpetatakse puude või tervisehädaga toime tulema, arendatakse töövõimet ja aidatakse sobitada töötingimusi ja kohaneda tööeluga. Töölase rehabilitatsiooni osutatakse vastavalt individuaalsetele vajadustele, kuid eelkõige juhul, kui vähenenud töövõimega inimesel on tegutsemisel puude või tervises seisundi tõttu mitmeid takistusi ning ta vajab korraga erinevate spetsialistide ehk rehabilitatsioonimeeskonna abi. Töölase rehabilitatsiooni vajadust hindab ja teenusele suunab Töötukassa, kes tasub kliendi töölase rehabilitatsiooni eest kuni 1 800 eurot aastas (Töölase rehabilitatsioon...2016).

Raamatu „Interprofessional Rehabilitation. A Person- Centred Approach“ (2012) on hästi tutvustanud ja joonistanud protsessi spiraalina, kus kõik algab hindamisest (*assessment*), siis järgneb eesmärgi seadmine (*goal setting*), sekkumine (*intervention*) ja sooritus (*discharges*) ning kui on toimunud progress ja tulemused on liikunud

positiivses suunas, toimub uus hindamine (*evaluation*) ja tegevuskava täiendamine ehk toimub ümberhindamine (*re-evaluation*) (Dean et al., 2012, lk 81).

Inimese rehabilitatsioonis osalemine ei tähenda vaid seda, et me eemaldame takistused ja komistuskohad ühiskonnas ja keskkonnas. See ei anna meile vastuseid küsimusele, millal inimesel avaldub puue ja millal mitte, kuigi keskkond kus elame on sama. Kui me keskendume ainult sellele, mis inimesel on halvasti, siis me ei märka inimese isiklikke ressursse ja elukogemust, mida saaksime kasutada inimese paremaks eksisteerimiseks siin ühiskonnas. Me tahame tihti pigem tervise kahjustusest tulevaid põhjuseid ühiskonnas peita ja vältida (Barnes & Mercer, 2010, lk 18-24).

Rehabilitatsiooniteenuse vajadus tuvastatakse selle aasta algusest SKA juhtumikorraldajate poolt, kes viivad läbi vestluse vormis hindamise. Sellega hinnatakse inimese tegevus- ja osalusvõime piirangud ja olemasolevate ressursside hindamisele toetudes rehabilitatsiooniteenuse vajadus. Inimest nõustatakse, seostatakse sotsiaalse rehabilitatsiooni-, sotsiaalkaitse või muude meetmetega. Juhtumikorraldaja kasutab inimese tervises seisundi selgitamiseks ja terviseolukorrast tingitud peamiste raskuste tuvastamiseks erinevates eluvaldkondades küsimustikku (WHODAS 2.0). Koostöös kliendiga otsustatakse kas inimene vajab sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust või muid teenuseid, mida pakub tervishoid ja KOV (Astangu Kutserehabilitatsiooni...2015)

Rehabilitatsiooniteenusele suunamisel väljastab SKA sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmise suunamisotsus, mille alusel SKA hüvitab rehabilitatsiooniteenuse osutamise sama teenuse osutajale. Rehabilitatsiooniteenuse kasutaja peab teadma, et tal on võimalik sobiv teenuseosutaja ise valida ning teenuse osutaja peab olema võimeline pakkuma rehabilitatsiooniplaanis, rehabilitatsiooniprogrammis või SKA juhtumikorraldaja poolt koostatud tegevuskava alusel tema rehabilitatsiooniplaanis välja toodud üksikteenuseid pakkuma (Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse...2015).

Sotsiaalministeeriumi poolt välja antud „Töövõimeleht“ toob välja palju statistikat sellekohta, kui palju meil on puudega- ja töövõime kaotanud ning töövõimelisi kodanikke. Sellepärast on 2016. aastast loodud uus süsteem, kus iga vähenenud



töövõimega inimese olukorda, tema võimeid, oskusi ja vajadusi hinnatakse individuaalselt ja talle otsitakse sobiv lahendus mõne teenuse või programmi abil. Eestis on üle 100 000 töövõimetuspensionäri, kellest umbes pooled pole saanud töötasu ning samas paljud tahaksid töötada. Uus süsteem toob olulise muutuse mõtteviisis, kus enam ei hinnata töövõimetust, vaid töövõimet. Töövõimetoetust vähendatakse, kui inimese brutosissetulek ületab 960,30 eurot kuus. See on statistika kohaselt välja arvatud teadmisega, et enamik töövõimetuspensionäre ei teeni kuus rohkem kui eelpool nimetatud suuma. Samuti on fikseeritud puuduva töövõimega inimesel töövõime toetus nullini juhul, kui tema brutosissetulek on 1620,00 eurot kuus ja osalise töövõimega inimesel on brutosissetulek 1330,00 eurot kuus (Töövõimeleht, 2015).

Uus töövõimereform aitab inimesi, kelle puhul on tegemist piiratud (vähenenud) töövõimega isikute tööturule aitamisega ja seal püsimisega. Lähenemine on väga individuaalne ja kliendikeskne, hinnatakse inimese töövõimet ning püüdnakse leida võimalikult palju inimese enda ressursse, samuti kaasatakse KOV teenuseid ja toetuseid ning tervishoiuteenuseid. Peamine eesmärk on, et vajalik abi jõuaks inimeseni ja ta oleks kaasatud protsessidesse, mis aitaks toime tulla igapäeva eluga. Rehabilitaerimiseks võivad olla vajalikud erinevad sekkumised, toetused ja abi erinevates eluvaldkondades, seega peab hindama inimese terviseolukorda ja selleks viiakse läbi väga põhjalik hindamisküsimustik, mis on väljatöötatud Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt – WHODAS 2.0 ja Eestis kasutavad seda metoodikat SKA juhtumikorraldajad.

WHODAS 2.0 hõlmab kuute erinevat valdkonda funktsioneerimiseks, mis on (World Health...2016):

- Kognitiivne ehk tunnetuslik - arusaamine ja suhtlemine;
- Liikumine- liikumisvahendid ja liikumine;
- Enesehooldus- hügieeni, garderoob, söömine ja üksi hakkama saamine;
- Läbimine ja läbisaamine – suhtlemine teiste inimestega;
- Elu tegevus-kodutöödega hakkama saamine, vaba aeg, töö ja kool;
- Kaasamine, osalemine- ühinemine erinevate liitudega ja tegevustega.

Riigikontrolli aruanne Riigikogule (25.07.08) auditeeris aastal 2006 riigieelarvelist rehabilitatsiooniteenuse osutamist erivajadustega inimesele ja leidis ka kaks aastat hiljem (2008), et seis ei ole väga muutunud ja teenust ei pakuta eesmärgistatult ja tõhusalt. Sihtrühm, kes peaks rehabilitatsiooniteenuseid saama on suur ning aastal 2006-2007, sai teenust umbes 7% sihtrühmast, siis siin peab riik piirama nende isikute hulka, kellel on õigus teenust saada. Kui lähtuda rehabilitatsiooni eesmärgist, siis ei ole rehabilitatsiooniteenus kõigile puuetega inimestele vajalik, vaid probleemi saab lahendada ka muude teenustega. Kuid antud riigikontrolli aruanne selgitas ka, et kui puudega inimesel oli õigus teenuseid saada, siis nüüd juba teatakse, et see ei ole enam selliselt jätkusuutlik ja tõhusaim viis inimesi aidata, sest järjekorrad pikenesid iga aastaga. Kuna rehabilitatsiooniteenuse saamiseks tuleb vormistada rehabilitatsiooniplaan ning sinna kaob suurem osa ressursi, siis lõpuks teenustele inimene ei saagi, sest plaani koostamine on neelanud suurema osa tema rahast (Riigikontrolli aruanne...2008, lk 1-2).

Riigikontroll leidis ka 2005. aasta I kvartalis koostatud plaanide osas, et 40% inimestest polnud saanud mittemingisuguseid teenuseid selle plaani kehtivuse ajal. Samuti selgus ka 2008 aasta auditist, et endiselt kulub enamus rehabilitatsioonirahast ehk 60% rehabilitatsiooniplaani koostamisele ning sõidu- ja majutuskuludele. Kui eelmisel auditil (2006) selgus, et rehabilitatsioonirahast kulus plaani koostamisele 59%, siis aastal 2007 oli see summa 58%. Seega tegelikult kasutati, vaid 40% rehabilitatsiooniks kulutatud summadest isikule teenuste pakkumiseks, mis parandaksid tema tervise olukorda (Riigikontrolli aruanne...2008, lk 1-2).

Rehabilitatsiooniteenust vajavate inimeste sihtgrupp on väga erinev: alaealised õigusrikkujad, vägivalla ohvrid, pikaajalised töötä inimesed ja haigusi põdevad inimesed, psüühikahäiretega inimesed, alkoholi ja muude sõltuvushäirete all kannatavad inimesed, füüsilise puudega inimesed. Neile kõigile on rehabilitatsiooniteenus korraldatud erinevate institutsioonide kaudu kas, siis KOV, vabatahtlikute asutuste kaudu ja vastavalt sellele jaotub ka rahastajate - SKA või Töötukassa roll (Runno, 2012, lk 19).

Seega on väga tähtis pöörata tähelepanu sellele, kuidas tuleb inimene toime ümbritseva keskkonnaga - millised on tema elukoha tingimused ja mis takistavad toimetulekut. Milline on ligipääs toidukauplusesse, kooli, lasteaeda ja perearsti juurde jne. Tähelepanu tuleb pöörata ka elukeskkonnale; millised on elamise tingimused, kas on olemas mugavused, saab liikuda abivahendiga, millised on peresuhted ja sotsiaalsed tingimused ning kas kõige jaoks jätkub ressursse? Oluliseks osaks on ka oskuste arendamine; kutsevaliku, õppimise -ja töötamise võimalused. Enda igapäevaseks toimetulekuks vajalikke oskuste arendamine; söömine, riietumine, liikumine, suhtlemine, enesehügieen jne.

Kõige selle sooritamiseks on vaja motivatsiooni ja tahet; oluline on arvestada kliendi oskustega ja tema varasema toimetulekukogemusega. Tuleb leida üles inimese tugevad küljed ja teadvustada klienditöö edasises protsessis, kuivõrd tähtis on inimese enda seatud eesmärk, mis on edasise tegevuskava (plaani) elluviimisel aluseks.

## **2. KLIENTIDE RAHULOLU UURING**

### **REHABILITATSIOONITEENUSTE KASUTAMISEL**

Eesmärgiks on uurida PETK klientide rahulolu rehabilitatsiooniteenustega ning toimetuleku ning elukvaliteedi paranemist.

#### **2.1. Asutuse tutvustus ja statistilised üldandmed**

Peamise teenuse moodustab Eesti ravikindlustatutele statsionaarne ja ambulatoorne taastusravi. Lisaks osutatakse SKA poolt finantseeritud rehabilitatsiooniteenust, mida osutatakse puuetega inimestele töö ja igapäevaellu tagasinaasmise eesmärgil. 2014. aastal jõustus hankeleping, mille alusel keskus osutab teenust Põhja-Eesti Regionaalhaiglale. 2014. aastal osutati teenuseid kokku 2168 inimesele. Personali üldarv (bilansipäeval) on kokku 78 inimest, mis jaguneb järgmiselt: neli arsti, 14 õde,- ja hooldajat, 25 taastusravi tippspetsialisti (füsio- ja tegevusterapeudid, logopeedid, psühholoogid) ning 21 tugi ja administratiivtöötajat. Aasta jooksul teostati kokku 540 hindamist, mis on 65% statsionaarse taastusravi haigusjuhtudest. Rehabilitatsiooniteenuste kvaliteeti hinnatakse ettevõtte enda poolt välja töötatud süsteemi alusel, kus seda rakendatakse 100%-liselt kõikide juhtumite puhul. SKA poolt kasutatavaid rehabilitatsiooniteenuse juhtumeid oli 2014. aastal 204 ja spetsialistide teenused taandatult täistunnile ühe juhtumi kohta oli näitaja 18,5 ja ambulatoorsel ning statsionaarsel taastusravil oli kokku 1922 juhtumit (Põhja-Eesti...2014).

Lõputöö koostamise ajal ei olnud kodulehel võimalik näha veel asutuse tegevusaruannet, mis puudutab 2015. aastat, aga rehabilitatsiooni koordinaatori sõnade kohaselt on rehabilitatsiooniteenuse klientide üldarv sisuliselt sama ja eelmise aasta arvete koostamise põhjal võib öelda, et jääb 208- 210 vahele.

Asutuse poolt pakutavad rehabilitatsiooniteenused on:

- rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine,
- rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine,
- rehabilitatsiooniplaani täiendamine,
- füsioterapeudi teenus,
- tegevusterapeudi teenus,
- sotsiaaltöötaja teenus,
- psühholoogi teenus,
- logopeedi teenus.

PETK on väga hästi komplekteeritud taastusravi meeskond, neil ei ole puudust spetsialistidest ja terapeutidest, kelle tähelepanu kompleksed ning keerukad ravijuhtumid vajavad. Lähenetakse igale patsiendile personaalselt, koostatakse individuaalsed raviplaanid ning võetakse seejuures arvesse ka patsiendi ja tema lähedaste seisukohti. Nii kirjutavad nad ise endast ettevõtte kodulehel.

## **2.2. Meetod ja valim**

Lõputöö vormistamiseks on kasutatud ankeetküsitlust, mille autor koostas kahel viisil, andmesüsteemis GoogleDocs klientidele kes olid nõus vastama elektrooniliselt ja Word dokumendina paberkandjal, mille leiab lisas 1. Lõputöö otsib vastuseid püstitatud uurimisküsimustele:

- Milline on rahulolu rehabilitatsioonimeeskonnaga ja teenust pakkuva asutuse keskkonnaga?
- Kas rehabilitatsiooniteenus on olnud kliendile vajalik ja aidanud elukvaliteeti parandada?

Aastas käib rehabilitatsiooniteenustel kliente üldarvuna umbes 200-210 inimese vahel. Klient oli valimisse sattunud juhuslikult tööealiste ning vanaduspensionäride hulgast, kes selle perioodi jooksul olid rehabilitatsiooniteenustel. Antud uuringu kestel kasutas asutuse teenuseid 41 klienti, kellest küsitlusele vastasid ankeedi vormis kohapeal 18 klienti ehk 44% ning vastamata jättis 56% ehk 23 inimest. Kuna küsitluse läbiviimiseks oli nõue koguda vähemalt 30 ankeedi tagasiside, siis saadeti küsitlusevorm ka elektroonilislt. Elektroonilise ankeedi saatis klientidele e-maili teel asutuse sotsiaaltöötaja, kellel on olemas kontaktid klientidest, kes on teenusel olnud juba korduvalt. Töö autoril ei olnud võimalik otse klientidega suhelda, sest see oleks eeldanud viimastelt luba küsida sotsiaaltöötaja poolt ja oleks liiga aeganõudev olnud. Elektroonilisele ankeedile andsid vastused 14 klienti.

Kokku oli respondente 32, kelle ankeedid olid korrastamisel ja läbi töötamisel korrektselt vormistatud. Rehabilitatsiooniteenuste uuring viidi läbi PETK teenusel olnud klientide hulgas veebruarist 2016. kuni aprilli lõpuni 2016. aastal.

Mida täpsemalt peab valimi abil saadud tulemused vastama üldkogumi näitajale, seda suurem peab olema valim. Praktikas otsustatakse valimi suurus peamiselt nelja kriteeriumi järgi: millised on uurimuse eesmärgid, kui suur peab olema vastavus üldkogumi näitajatega, kui palju tegureid üheaegselt vaadeldakse, kui homogeenne on üldkogum uuritava nähtuse osas (Hirsjärvi et al., 2004, lk 167).

Empiirilises osas kasutati kvantitatiivset uurimismeetodit, mille eesmärgiks on saada selgeid ja usaldusväärseid andmeid.

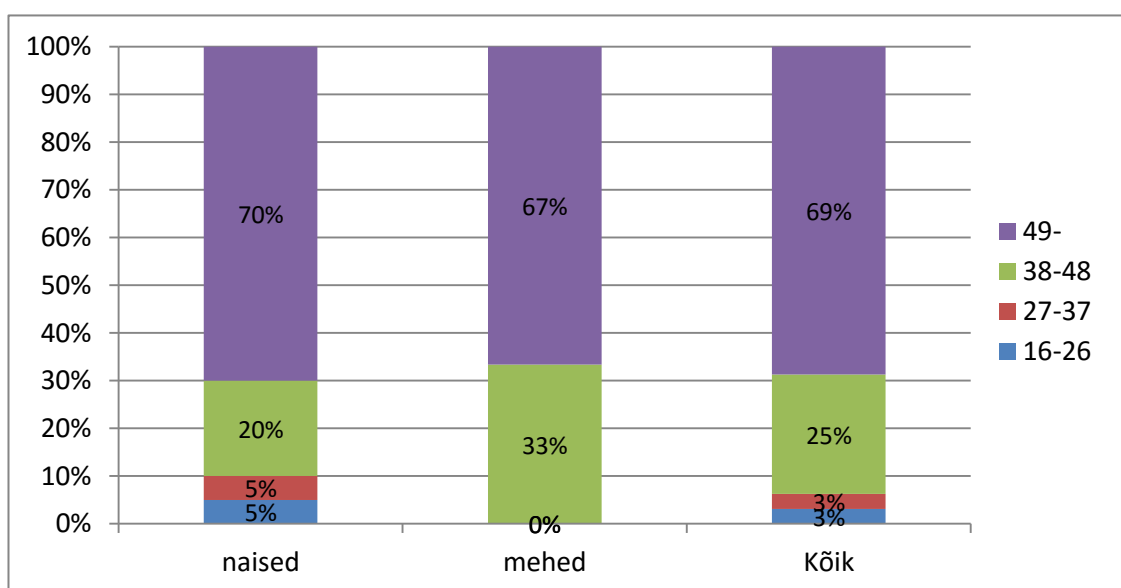
„Uurimismeetod tähendab viise, mille abil tähelepanekuid kogutakse“. Meetod on teatud reegleid järgiv teguviis, mille abil proovitakse lahendada mõnda probleemi või otsitakse teavet teaduse tegemisel. Kui soovid selgitada mida inimesed mõtlevad, tunnevad, kogevad või usuvad, siis võib kasutada intervjuud, ankeetküsitlust või hinnanguskaalasid (Ibid, 2004, lk 170-171). Antud lõputöoks on koostatud struktureeritud ankeetküsimustik, mis koosneb 16-st küsimusest. On kolm küsimust, millele võib vastata vabas vormis oma selgitusega ning ülejäänud vastused on kas valikvastused, skaalasüsteemis või „jah-ei“ vormis.

Küsimustiku üldehituses sisaldusid:

- rehabilitatsiooniteenuste kasutamise põhjus,
- milliseid tulemusi on andnud rehabilitatsiooniteenus,
- millise mulje jätab asutuse õhkkond ja spetsialistid,
- hetkel inimese roll ühiskonnas,
- demograafilised andmed, jne.

Ankeetküsitluses on küsitud rehabilitatsiooniteenuseid puudutavaid teemasid ja olulisemaiks on osa; kas kliendi toimetulek ja elukvaliteet on paranenud, kuidas oli teenus vajalik, kas klient suundus uuesti tööle, kuidas oldi rahul rehabilitatsioonimeeskonna vastuvõtuga ja keskkonnaga ning kas tulevikus on rehabilitatsiooniteenus vajalik.

Joonisel 2 selgus analüüsi läbi viies, et uuringus osales demograafiliste näitajate poolest enim naisi, kus 32-e vastanud kliendi hulgas oli 20 naisterahvast ehk 63% ning mehi 12 ehk 37%.



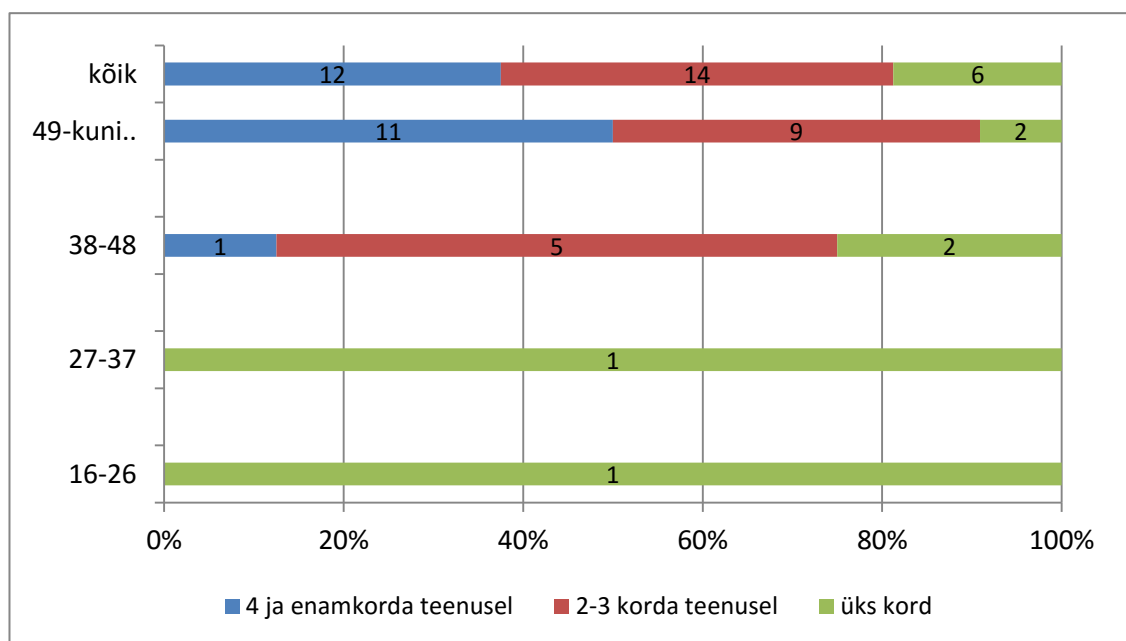
**Joonis 2.** Vastajate sooline ja vanuseline koosseis (autori koostatud).

Kõiki vanuserühmasid arvesse võttes jäi meeste vanus üle 38 aasta ning seal vanuserühmas (49- ...) oli meeste osakaal 67%. Naisi oli nooremast vanuserühmast ehk kuni 26 aastaseid 1 klient ning kuni 37 aastaseid 1 klient, kelle osatähtsus moodustas

kokku 10% antud tulemustest. Üldiselt võib jooniselt kaks näha, et kõige suurem vastanute hulk oli vanuserühmas 49 aastat ja rohkem. Soolises võrdluses oli näitaja naiste koguarvust 14 ehk 70% ja mehi 8 ehk 67% kogu vastajate seas.

Kokkuvõttes oli 22 klienti, kes olid vanemad kui 49 aastat ja moodustasid 69% kõigist vastanuist. Arvestades, et naiste nooremas vanuserühmas oli kaks vastajat ja meeste osas ei olnud siin üldse vastajaid, siis üldpildis võib öelda, et sooline erinevus numbrites on olemas.

Kui selgus, et PETK kliendi vanus jääb üle 49 aasta, siis samuti joonisel 3 on näha, et korduvalt teenusel olevate klientide arv on suurem, kui nende, kes on teenusele saabunud esimest korda ehk moodustavad 19% antud uuringul teenuste kasutajatest. See ligi viiendik moodustub kõigi vanuserühmade peale kokku ja ei anna uurimustööle järelduste tegemiseks olulist tähendust. Kuid võib, vaid öelda, et kahest nooremast vanusegrupist oli juhuvalikul sattunud teenusele kaks klienti. Inimesed, kes on asutuses juba rohkem kui teist korda on vanemad, kui 38 eluaastat ehk 14 klienti, mis moodustab kogu üldarvust 44%.



**Joonis 3.** Mitu korda on klient teenusel viibinud (autori koostatud).

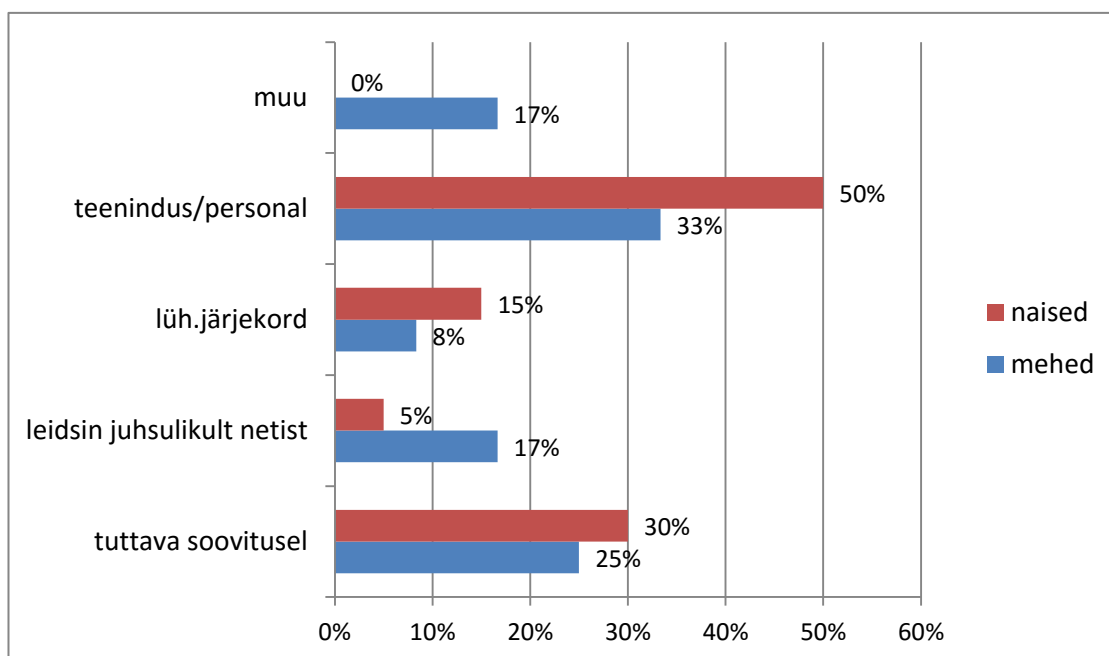


Tuleb tõdeda, et väga positiivselt suur on ka klientide arv (kokku 12), kes teenusel rohkem kui neljandat korda ehk 38% ning neli ja rohkemat korda teenusel olevad kliendid on 90% ulatuses kõik vanemad, kui 49 aastat. Töö autor on ettevõttes ka osa praktikast sooritanud ning palju ise klientidega suhelnud ning tõdes, et klient tuleb tagasi teenusele, sellepärast, et nad hindavad asutuse kliendikeskset lähenemist ning inimese kaasamist tema plaani koostamisse. Joonise 3 ( lk 32) juures, sõnas ka ettevõtte sotsiaaltöötaja, et neil on välja kujunenud püsikliendibaas, kes nende maja rehabilitatsiooniteenuseid hindavad ning oluline on kvaliteet, mitte kvantiteet. Asutust külastasid ka kliendid, kelle ootused olid teenuste osas suuremad ehk sooviti saada massaaži ja vesivõimlemist ja kuna antud teenused ei ole rehabilitatsiooniteenusena SKA-s pakutavate teenuste nimekirjas (teenus on tasulised), siis sooviti lahkuda peale esimest päeva. Mis annab ka tegelikult märku sellest, et paljud kliendid ei tea, et rehabilitatsiooniteenus ei ole SPA -ega tervishoiuteenus. Rehabilitatsiooniteenus on sotsiaalteenus ja klient peab olema ise väga aktiivne oma tervise edendaja ja motiveeritud ise palju ära tegema.

## 2.3 Uuringu tulemused

### 2.3.1 Asutuse Põhja-Eesti Taastusravikeskuse valimine teenuse osutajaks

Allpool oleval joonisel 4 on välja toodud respondentide vastused küsimusele, miks just otsustati teenuseid kasutada PETK? Kui eelmise alapeatüki uuringus selgus, et kliente, kes kasutavad nende teenuseid neljandat ja enamat korda on 38%, siis võib järgnevalt jooniselt 4 näha, et kõige rohkem on nii naiste, kui meeste hulgas olnud populaarseim vastus, et neile meeldib selle asutuse teenindus ja personal. Mis moodustas 20 naise seas kümme ehk 50% ja meeste hulgas oli neli klienti ehk 33%.



**Joonis 4.** Põhja-Eesti Taastusravikeskuse põhjendatud valik teenuse osutamiseks (autori koostatud).

Siinkohal võibki kahe erineva joonise (kolm ja neli) vahele tuua paralleeli, et kui klient käib asutuses teenusel juba vähemalt neljandat korda, siis põhjenduseks võib tuua, et siin on parim teenindus ja personal. Töö autorina klientidele ka ise praktiliselt olles eelhindamist vormistades, selgus, et klient oli siin juba varem olnud ja väga hinnati spetsialiste, kes teevad oma tööd pühendatult. Kolm klienti on lisanud, et asutus leiti juhuslikult internetist ning naisterahvastele meeldisid vastused, nagu lühike järjekord

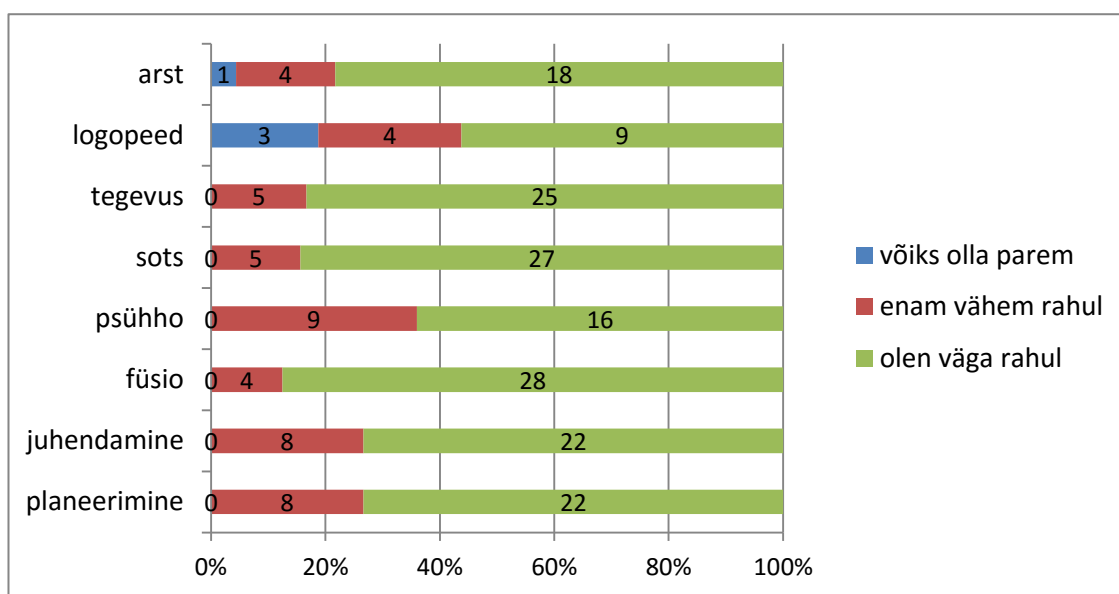
15% näitajaga ja teiseks populaarseks vastuseks oli tuttava soovitusel, kus vastanuid oli kuus ehk 30% (vt joonis 4). PETK sotsiaaltöötaja sõnade kohaselt juhtub tihti, et kliendid saavad teenusel olles omavahel väga headeks tutvavateks ja tahetakse juba järgmisel korral siia koos tulla. Nii just suuliselt levib sõnum kõige paremini. Selle küsimuse vastamisel andsid kaks meesterahvast vastuse reale „muu“, kuhu üks respondent vastas, et eriarst soovitas taastusravi ja peale seda kasutada juba rehabilitatsiooniteenuseid ning teine vastus, et see oli hea kodu lähedal olev asutus.

Küsimusele kuidas sattusid siia rehabilitatsiooniteenusele oli 31 vastaja seas 14 ehk 45% kes tuli trauma või haiguse tagajärjel jätkutaastumisele, 32% oli tulnud juba eelnevalt vormistatud rehabilitatsiooniplaaniga ning 7 inimest ehk 23% olid jõudnud uue hindamissüsteemi alusel teenusele läbi SKA juhtumikorraldaja tegevuskavaga. See on uuest aastast (2016) kehtima hakanud töövõimereformi uus hindamisinstrument (WHODAS 2) koos uue väljaõppe saanud juhtumikorraldajatega, kes seda läbi viivad.

### **2.3.2 Rahulolu rehabilitatsiooni spetsialistidega ning kliendi ootused rehabilitatsiooni meeskonnast**

Uuring puudutas ka osa, kus sai hinnata rehabilitatsioonimeeskonda ja individuaalselt spetsialiste oma teenuste osas, mis kajastuvad joonisel 5 (lk 36). Hinnangu sai anda nelja palli süsteemis, kus neli tähendas „väga rahul“ ja üks „ei ole üldse rahul“. Siin võib ka kohe välja tuua, et vastust üks ei esinenud ühtegi korda. Arvutuste põhjal saime teada, et kõikide spetsialistide teenuse keskmine hinne, mis oli nelja palli hindamisinstrumendiga 3,7 palli. Kõige enam tuli välja, et hinnatakse „väga hästi“ sotsiaaltöötajaid 3,8 palli, kus vastajaid oli 27, mis moodustas 84% vastajate hulgast, kõige kõrgema punktiskooriga. Lisaks oli märgitud „väga rahul“ hinne füsioterapeutidele 88% ja tegevusterapeutidele 83%, vastavalt 3,9 ja 3,8 palli.

Küsitluses selgus ka, et peale spetsialistide individuaalteenuste oli võimalik hinnata kokkuvõtlikult kogu rehabilitatsioonimeeskonna teenuste ootuseid. Kus skaalal 1 kuni 4 olid tähendused, number 1 „ei vastanud ootustele“ ja number 4 „vastas täielikult ootustele“. Vastajate hulgas oli vastuseid, vaid kahte tüüpi, ehk „täielikult vastas ootustele“ kus vastuseid oli 72%, mis on 32 respondendi seas 23 vastajat ja „teenus vastas enam-vähem ootustele“ üheksa kliendi jaoks, mis on 28% vastanutest.



**Joonis 5.** Kliendi rahulolu rehabilitatsioonispetsialistide teenusega (autori koostatud).

Mis kahe küsimuse võrdlemisel, nii meeskonna töös kui üksik spetsialistina selgus, et teenustega ollakse väga rahul. Kõige vähem vastajaid ehk kõige väiksemas mahus kasutatakse logopeedi teenust, kus vastuseid tuli kokku 16 ja esines teenuse kvaliteedis madalaim hinne kaks, mis oli 19% kogu vastajatest just logopeedi teenusele. Keskmiseks hindeks seega 3,4 palli ja oli spetsialistide individuaalteenuste osas kõige madalam. Teiseks kõige vähem kasutatavaks teenuseks oli taastusarst, kus andsid kokku hinnangu 23 vastajat ja teenuse kvaliteeti hinnati „väga rahul“ 18 inimese poolt ehk 78%.

Asutuses on ka praegu tagasiside ankeet, mida kliendid soovi korral täidavad, et mõõta teenuste kvaliteeti ja tulemused on suuremas osas maksimum hindele kujunenud. Kuid selles osas on ka ettevõtte juht veidi mures, et see ei anna neile enam otseseid mõtteid

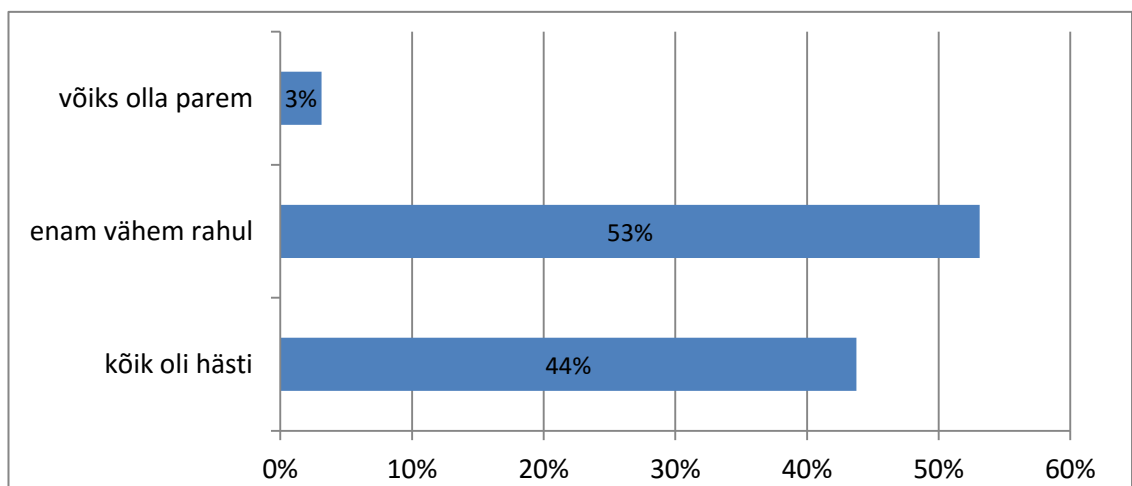
ega indikaatoreid, mida võiks teisiti teha. Keskmine tulemus viie palli hindamisel on juba pikemalt 4,75.

Rehabilitatsiooniteenuse juhendamise ja planeerimise osas on joonisel 5 (lk 36) vastajaid olnud mõlemal teenusel 30. Töö uurijana arvan, et kliendid on siin vastates ühele teenusele (juhendamine) ja teisele (planeerimine) teenusele sellepärast ühesuguselt, et kliendi juhendamine ja planeerimine toimuvad rehabilitatsiooniplaani koostamisel üheaegselt sama tegevuse sees ja nii kujunes hinne protsentuaalselt mõlemal juhul 73% hindele „väga hea“.

Kolm kõige populaarsemat individuaalteenust, mis said hinnangu „olen väga rahul“ on füsioterapeudi teenus 35%, sotsiaaltöötaja teenus 34% ja tegevusterapeudi teenus 31%, neid kolme teenust võrreldes (vt joonis 5). Kuna sotsiaaltöötaja on selle asutuse rehabilitatsioonimeeskonna koordinaator, siis oli ka see põhjuseks, miks sotsiaaltöötaja teenus oli üks populaarsemaid, sest kliendid suhtlevad ja saavad info kõige operatiivsemalt sotsiaaltöötaja käest. Kliendi jaoks on siiski primaarne spetsialisti suhtlemisoskus, kuulamise valmidus, olla positiivse emotsiooni andja ning motiveerida klienti kaasa töötama.

### 2.3.3 Hinnang keskkonnale ja teenusele

Kui kliendid hindasid teenuste osas väga positiivselt spetsialistide tööd ja meeskonna tööd, siis uuringu üks osa puudutas hoone keskkonna ja juurdepääsu rahulolu, mille tulemusi näeme joonisel 6. Kõige enam oli vastuseid, et enam-vähem ollakse rahul ehk 53% vastanutest, kus üldarvust oli see 17 vastajat ja need, kes olid täielikult rahul ja arvasid, et kõik on väga hästi oli 44% ehk 14 vastajat ning 3% arvas, et võiks olla parem, seega näitavad need vastused, et üldise keskkonnaga kõik ideaalselt rahul ei ole, kuid klient hindab siiski eelkõige spetsialistide head tööd ja suhtumist inimesse kui indiviidi.

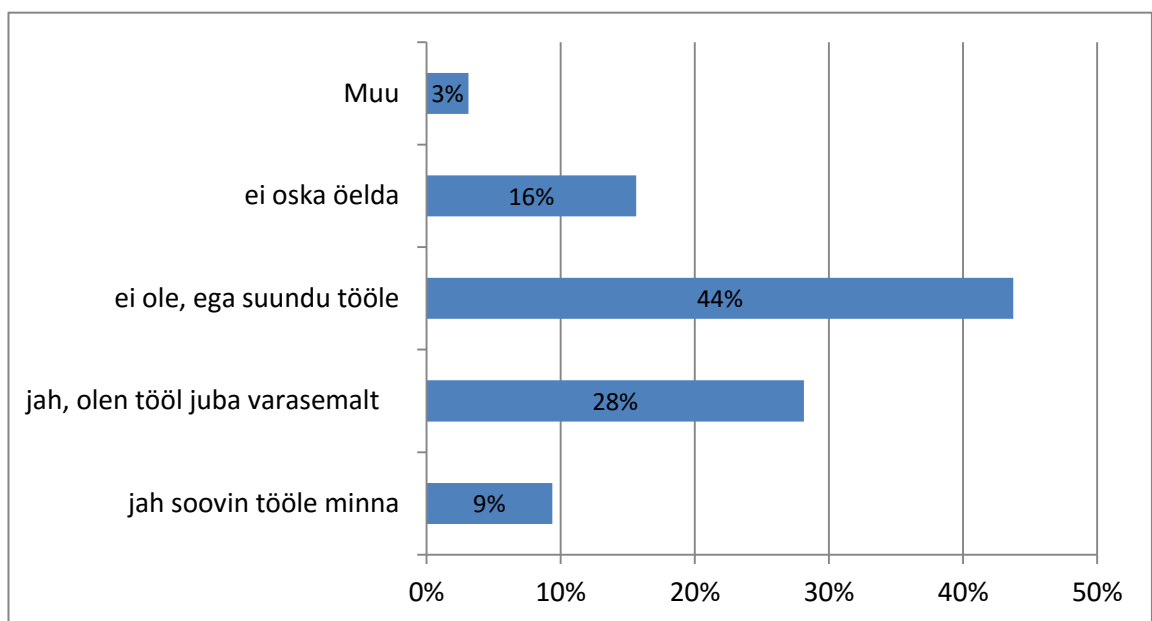


**Joonis 6.** Asutuse keskkond ja juurdepääs ruumidele (autori koostatud).

Asutuses saab ratastoolis ja raske liikumispuudega inimene liikuda piisavalt hästi, sest korruste vahel asub liht ja koridorid on laiad. Sellele küsimusele sai anda hindeid nelja palli skaalal, kus 1 oli „võiks olla parem“ ja 4 „kõik oli hästi“. Töö autorina analüüsi tulemusi hinnates sai asutus keskmiseks hindeks keskkonnale ja ruumide ligipääsule 3,4 punkti. Olgu öeldud, et kõige madalamat hinnet ei pakutud kordagi. Kui üldine keskkond ja visuaalne pilt on pigem hea, kui rahuldav, saab töö autor kokkuvõtlikult juurde tuua ka rehabilitatsioonimeeskonna vastuvõtu ja teeninduse rahulolu. Siin olid ka vastanud kõik 32 respondenti ja enim 23 vastajat andsid hinnangu „olen väga rahul“, mis moodustas üldarvust 72% ja vastus „pigem olen rahul“ sai 8 respondendi poolt vastuse 25% ulatuses. Üks klient vastas ka, et „ei ole üldse rahul“, aga siinkohal kaldub

autor arvama, et tegemist võis olla lihtsalt emotsioonist tingitud vastusega ja isiklikku laadi probleemiga.

Uurimuses küsimusele, kas olete töötav inimene või sooviksite tööle asuda selgus joonisel 7, et kõige enam, 44% klientidest ehk üldarvust 14 respondenti ei ole tööturul aktiivsed inimesed, ega suundu enam tööle, 28% ehk üheksa vastas, et nad on tööl juba varasemalt ning viis inimest ei osanud öelda, kas nad suunduvad tööle ehk 16% vastanutest. Üks inimene teadis väga kindlalt, et haigusest tingitult ta enam tööle ei naase ning kolm klienti ehk 9% soovivad edaspidi tööle asuda.

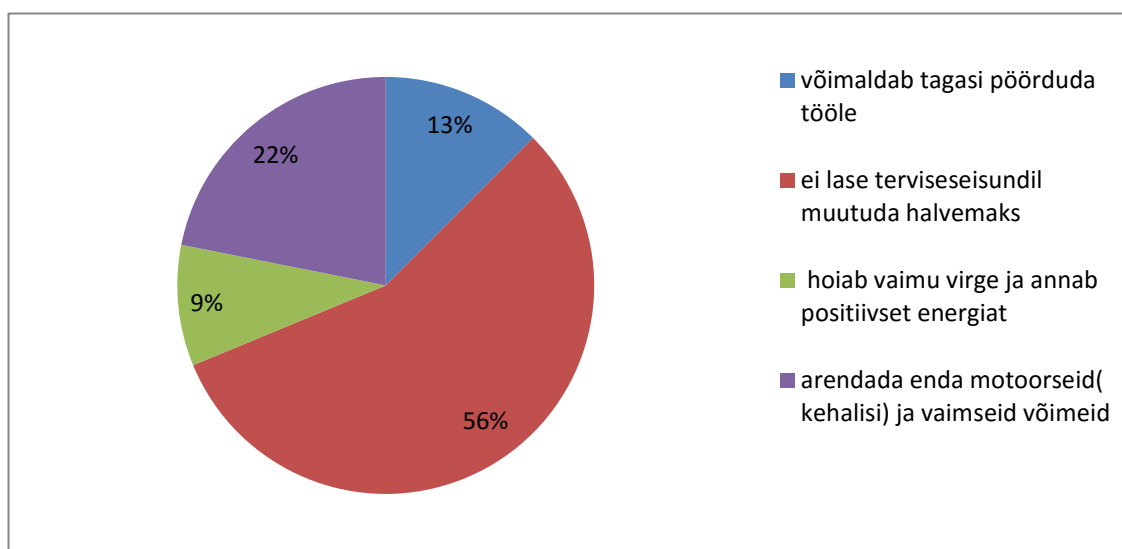


**Joonis 7.** Kliendi aktiivsus ja passiivsus tööturul (autori koostatud).

Vaatamata sellele, et suurem osa klientidest arvas, et nad ei suundu enam tööle, siis küsimus, kas rehabilitatsiooniteenus tuli Teile kasuks, vastasid kõik 32 küsitluses osalejat, et teenusel viibimine tuli neile kasuks. Küsitluses ei olnud juurde lisatud rida, kuhu oleks saanud põhjenduse tuua, et mis osas tuli kasuks, seega ei oska töö autor tuua välja vastuste täpsemaid selgitusi.

### 2.3.4 Rehabilitatsiooniteenuse vajalikkus ning elukvaliteedi ja toimetuleku muutus peale teenust

Kui töö autoril oli eesmärk teada saada kas inimese elukvaliteet paranes ning kas rahulolu rehabilitatsiooniteenusega oli hea, siis nähes tulemusi joonisel 8 võime järeldada, et 56% klientidest võimaldas teenusel viibimine tervises seisundit hoida ja mitte halvemaks muutuda, mis kogu vastajate hulgast oli 18 respondenti ning teiseks oluliseks teenuse vajalikkuse näitajaks oli mootorsete ja vaimsete võimete arendamine, kus oli vastanud seitse, mis moodustas 22% teenuse kasutajatest. Järeldusena näeme, et kõige enam on inimesed mures, et nende tervises seisund ei halveneks ja kui nad on tulnud rehabilitatsiooniteenusele peale taastusravi, siis soovitakse teenuste lõppedes kõige enam siit kaasa saada iseseisva toimetuleku oskused ja elimineerida lähivõrgustiku -ja teiste pereliikmete abi.

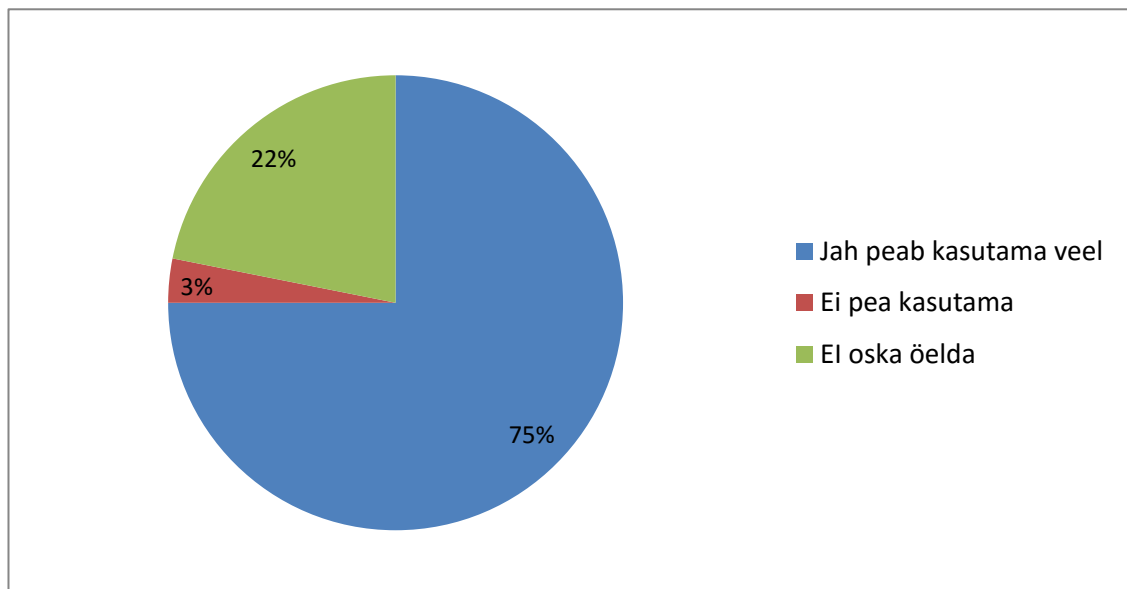


**Joonis 8.** Rehabilitatsiooniteenuse vajalikkus kliendile (autori koostatud).

Klientide hulk, kes vajasisid rehabilitatsiooniteenuseid selleks, et tagasi pöörduda tööle on kõigest 13% ehk neli inimest ja siin võib töö autor arvata, et kuna klientide vanus on rehabilitatsiooniteenusel olnute seas kõrge ehk enim on vanuses 49 aastat ja vanemad inimesed, siis ilmselt on paljuski tegemist pensioniealistega, kel on pigem soov hoida tervises seisundit. Kolm vastajat ehk 9% soovib saada positiivset energiat.



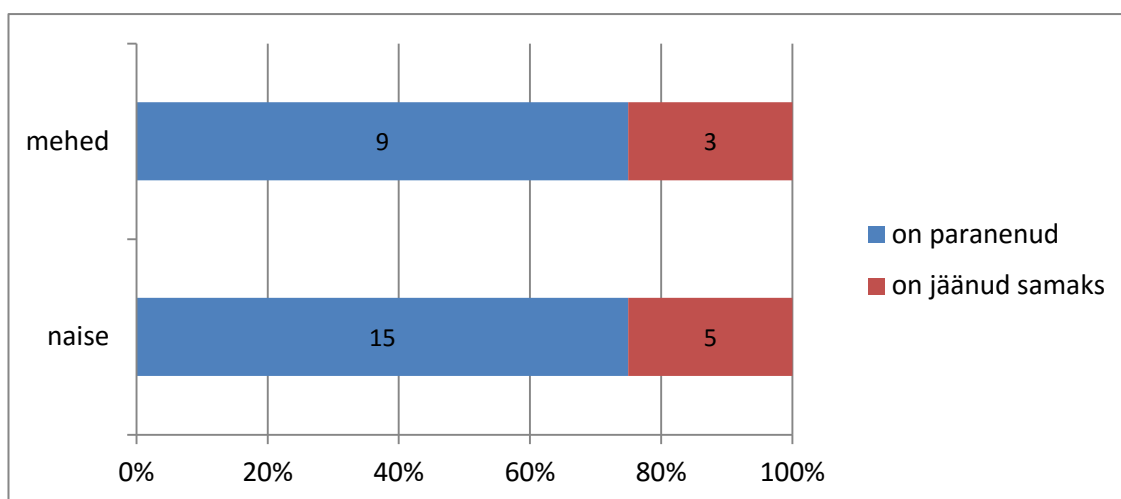
Kliendid, kes on olnud korduvalt teenusel vastasid alloleval joonisel 9 kõige rohkem, et nad peavad ka edaspidi rehabilitatsiooniteenuse kasutamist jätkama. Kuna kõige enam teenusel olnud kliendid on kogenumad ja harjunud elama enda haiguse või erivajadusega ning on samuti enda terviseolukorrast teadlikumad, siis oli vastajate hulk just nende hulgas kõige suurem, kus 24 vastajat moodustas 75% kogu vastajate hulgast. Need kliendid, kes vastasid, et nad ei oska öelda, kas peavad veel teenust kasutama oli 22% vastajatest ehk seitse klienti. Nad moodustavad klientidest selle osa, kes on esmakordselt rehabilitatsiooniteenustel ja tihti sattunud sinna esmakordse trauma või insuldi tagajärjel ning ei ole teadlikud enda terviseolukorrast ja kuidas taastumise protsess kujuneb. 3% ehk üks klient teadis, et „ei pea kasutama“ rehabilitatsiooniteenuseid tulevikus.



**Joonis 9.** Kliendi vajadus tulevikus kasutada rehabilitatsiooniteenuseid (autori koostatud).

Kui joonisel 9 saime teada, et enamus respondente vastasid, et peavad ka tulevikus rehabilitatsiooniteenust kasutama, siis kas nad soovivad rehabilitatsiooniteenuseid ka teistele? Siin oli vastamiseks skaala 1 kuni 8, kus vastuseid kaheksa oli 21 vastajat ja 66% ja päris maksimum punkte ei saanud rehabilitatsiooniteenus seitsme inimese poolt ehk 22%. Kolm vastasid skaalal hindeks kuus ja üks neli ning moodustasid vastavalt 9% ning 3% üldarvust.

Kuidas on teenus mõjunud inimese tervisele ja kas elukvaliteet ning toimetulek on muutunud paremaks saab näha joonisel 10, kus kogu vastajate hulgast naisi oli 20 ja mehi 12. Keegi ei kirjeldanud enda terviseolukorda ja elukvaliteeti selliselt, et see oleks läinud halvemaks, vaid vastupidi 75% naistest ehk 15 naist vastasid, et tema elukvaliteet on paranenud ja nii meestest kui naistest 25% arvas, et on jäänud samaks. Mees vastajatest üheksa ehk 75% arvas samuti, et nende elukvaliteet läks paremaks. Autor ise praktiliselt koges mitme kliendi saavutuste üle, kus klient saabus teenusele oli tema käeline liikuvus väga halb ja kui ta teenuselt lahkus muutus olukord 30%-40% paremaks. Mis sellise lühikese ajaga statsionaarsel rehabilitatsiooniteenusel olles on väga hea näitaja.



**Joonis 10.** Elukvaliteedi ja toimetuleku muutus peale rehabilitatsiooniteenust (autori koostatud).

Selgitusega vastused elukvaliteedi ja toimetuleku osas põhjendati selliselt: „harjutusi ja liikumist peab ka edaspidi pidevalt tegema, muidu ei ole kasu“; „suudan paremini keskenduda muudele tegevustele ja liikuvus on paranenud ning energiat ja huvi on juurde tulnud“; „oskan paremini enda võimeid hinnata, saan paremini ise liikuma ega ole sõltuv teistest“; „kui saan rohkem liikuda on ka suhtlemisvajadused rahuldatud, füüsiline ja vaimne enesetunne parem ning sotsialiseerumine lihtsam.“

## 2.4. Järeldused ja ettepanekud

Antud uuringust saab autor järeldada, et rehabilitatsiooniteenus on inimestele olnud vajalik ja aidanud paremat elukvaliteeti taastada ning pigem hindavad inimesed häid rehabilitatsioonispetsialiste, kui rehabilitatsiooniteenuse keskkonda ja ruumide euroremonti.

Küsimus, mis puudutas üldist keskkonda ja ruumidele juurdepääsu, siis siin oli erinevusi, aga mitte drastilisi, kus 53% vastas, et enam-vähem rahul ning 44%, et on täielikult rahul. Siinkohal saab öelda, et majas on liht ja piisavalt laiad koridorid, kuid ettepanekuna näeksin, et võiksid olla korralikud suunaviidad, mis juhatavad sind õigest uksest õigele korrusele. Kuna taastusravi ja rehabilitatsiooniteenused asuvad koos ja seda kahel erineval korrusel, siis tekitas ka töö autorile esimest päeva praktiliselt segadust maja struktuur. Uksi on palju ja sildid väikeses kirjas trükitud, mis muude polikliiniku juhataivate siltide juures jäävad märkamatuks.

Töö autor oleks pidanud täpsustama ankeetküsimustikus ka maja üldplaani -ning rehabilitatsiooni korpust puudutavaid teemasid, seega siinkohal annab töö autor ülevaate enda kogemusest. Klientidega suheldes selgus, et paljudele ei meeldinud, et rehabilitatsiooni klient ja taastusravil olev patsient (kes oli tihti tulnud otse aktiivravist) pidid sööma ühes ruumis. Inimesi see häiris, sest kuna paljud patsiendid (taastusravis nimetame klienti patsiendiks) on halvas terviseolukorras, siis ei soovitud nendega koos ühes ruumis viibida. Ettepanekuna näeb autor võimalust, kas leida rehabilitatsiooni klientidele erinev söögiaeg taastusravi patsientidest või, siis leida teised ruumid. Kuna rehabilitatsiooni kliente on igal nädalal piiratud arv, maksimum kuus klienti, siis selle muudatuse elluviimiseks ei ole vaja suuri ümberkorraldusi läbi viia.

Kuna PETK sihtgrupiks on pensioniealised ning osalise töövõimega inimesed, siis nad moodustavad suurema osas klientuurist. Uuringu esimeses osas tuli välja, et suurem klientide hulk oli vanuserühmas üle 49 aasta, mis valimi kogumist oli 22 klienti ehk 69%. See näitab ka antud vanusegrupi selget domineerimist, sest PETK kliendid on sageli rehabilitatsiooniteenusele jõudnud, kas läbi trauma või insuldi, mis andis vastajate hulgast 45% suuruse osakaalu. Nii võibki siit järeldusena öelda, et asutuse

sihtgrupp on määratletud ja kindla kliendi teenindamiseks ning tugineb tõendus põhisele praktikale, kuidas insuldi järgselt toime tulla ja elukvaliteeti tõsta.

Kui töö eesmärgina oli uurida PETK klientide rahulolu rehabilitatsioonimeeskonnaga ja üldise elukvaliteedi -ja toimetuleku paranemist, siis siinkohal ei tulnud välja suuremat rahulolematust. Meeskonna spetsialiste hinnatakse kõrgelt ja enim kasutatavad rehabilitatsiooniteenused on füsioteraapia, kus 28 respondenti vastas, et on „väga rahul“, samuti ollakse „väga rahul“ sotsiaaltöötaja tööga 84% ja tegevusterapeudi tööga 83% ulatuses selle spetsialisti teenuse osast. Millest võib järeldada, et meeskonna tööd tehakse hästi ning kliendi nõustamine ja rehabilitatsiooniteenuste koguprotsess on kliendile selge ja arusaadav. Kuna rehabilitatsioonimeeskonna koodinaator on ka ühtlasi sotsiaaltöötaja, siis on ka sellepärast rahulolu kindlasti positiivsem, et vahetu info ja selgitused saab klient sotsiaaltöötaja käest. Autorile meeldib, et need on hästi jagatud ressursid, aga ainult juhul, kui see ei ületa lubatud töökoormust spetsialistile.

Töö kirjutajana näen rehabilitatsioonimeeskonna juures töötamas ka kogemusnõustajat, keda praegu meeskonnas ei ole, aga teen ettepaneku seda võimalust kaaluda. Esimesed kogemusnõustajad kindlatele sihtgruppidele on juba koolitatud, kes on saanud 117 akadeemilise tunnise väljaõppe ja nad on valmis enda panust andma. Arvamusena võib öelda, et mis veel oleks parem insuldi järgsele kliendile, kui sarnases olukorras oleva inimese toetus ja julgustus sellest seisust välja tulla parimal võimalikul viisil.

Uuringu ankeedilt selgus, et küsimus, kus küsiti asutuse kodulehel oleva piisava info kohta, siis oli seitse klienti, kes jätsid sellele vastamata. Järeldusena võib öelda, et kuna klient jõuab teenuseni läbi SKA tegevuskava ning juhtumikorraldaja soovitusel, siis pole kodulehega tutvumine vajalik. Teiseks võib järeldada, et kuna sihtgrupp on vanemas eas inimesed, siis pole kõigile kättesaadav interneti ühendus ja puudub arvuti kasutamise võimalus.

Elukvaliteedi paranemine ja toimetulek iseendaga andis kõigile respondentidele nii meeste, kui naiste seas võrdselt parema enesetunde 75% ulatuses kogu vastajate hulga. Kuna siin oli võimalik vastata ka vabas vormis, siis oli palju välja toodud enda mõtteid elukvaliteedi tõstmisest. Järeldusena saab öelda, et rehabilitatsiooniteenus on olnud

igaljuhul kliendile vajalik ja andnud elukvaliteedile uue näo ning kliendid on väga teadlikud enda tervises seisundist ja samas ka sellest, mida nad saavad ise enda rahulolu ja toimetuleku paranemiseks teha – võimelda, liikuda, suhelda, leida endale muid huviala tegevusi jne. Soovitakse olla iseseisvad ja mitte sõltuda perekonna toetusest.

Rehabilitatsiooniteenuse kasutamine tulevikus on vajalik koguni 75% vastajate hulgast ja need on kliendid, kes on rehabilitatsiooniteenusel olnud juba korduvalt, kui juba mitte aastaid. Esmakordselt rehabilitatsiooniteenusele sattunud klientidest 22% ei osanud öelda, kas peavad veel teenusele tulema, sest neil puudus kogemus ja ei osata hinnata enda tervises seisundit. Suuri järeldusi selle küsimuse vastuste põhjal teha ei saa, kuid võib arutleda, et kliendid kes käivad juba aastaid korduvalt rehabilitatsiooniteenustel ei ole jätkusuutlik tegevus inimesele ja on väga kulukas SKA-le ehk otseselt riigile ja kogu ühiskonnale. Uus töövõimereform ja hindamisemetoodika, mis hakkas kehtima 2016. aasta algusest, peaks suutma lahendada selle probleemi ning suunama inimesed, kas rehabilitatsiooniprogrammi või tegevusplaani alusel teenustele, mis aitavad rohkem eesmärgipäraselt tegutseda ja jõuda avatud tööturule või pensionäridel hoida tervises seisund muutumatuna või seda parandada.

Uurimusest selgub ka, et 56% on rehabilitatsiooniteenus vajalik, et see aitab hoida tervises seisundit ning ei lase sel muutuda halvemaks ning 22% vastas, et see on vajalik mootorsete ja vaimsete võimete hoidmiseks. Saab järeldada, et inimesed on mures enda tervises seisundi pärast ja pigem hindavad enda hetke enesetunnet, kui seda, et saaks suunduda tagasi tööle, kus oli vastajaid ainult neli. Siin võib järeldusena ka veel lisada, et kuna põhiline sihtgrupp on pensioniealised kliendid, võib see olla ka põhjus ühe vastuse pideval kordumisel.

Töö autoril oli seda uuringut läbi viies ja tulemusi analüüsides tore tõdeda, et rehabilitatsiooniteenus annab inimestele palju lisaväärtust ning parandab terviseolukorda nii vaimselt kui füüsiliselt. Annab julgust, motiveerib, paneb rohkem liigutama ning suhtlema ja kliendil on soov ostida rohkem sotsiaalset kontakti. Rehabilitatsioonimeeskonna ühtsus ja kliendile orienteeritud teenuste pakkumine, koos kliendipoolt seatud eesmärkide elluviimisega ja individuaalse kliendikeskse lähenemisega on PETK võtmesõna.

Tulemustes ei kajastunud suuremaid vigu rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedile ega ka muudes olulistes tegurites nagu juurdepääs asutuse ruumidele ning vastuvõtule. Kliendid on üldjuhul keskmisest rohkem rahul nii teenuste kvaliteedi osas kui spetsialistide heas meeskonna töös. Töö autor teeb ettepaneku muuta sõbralikumaks asutuse keskkonda puudutavaid punkte ning täiendada ankeetküsitluse vormi enda koostatud täpsustavate küsimustega, mis võiksid anda parema sisendi asutuse kvaliteedi hindamisse.

## KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö on kirjutatud teemal „Klientide rahulolu rehabilitatsiooniteenustega Põhja-Eesti Taastusravikeskuse näitel“. Töö eesmärgiks oli autori koostatud küsimustiku alusel uurida klientide rahulolu PETK rehabilitatsiooniteenustega ja kliendi toimetuleku ja elukvaliteedi parandamist.

Teema oli oluline, kuna varasemalt ei ole sellist uuringut asutuses läbi viidud ning asutuse rehabilitatsiooniosakonna juht oli tulemustest huvitatud. Kuna asutust on tunnustatud rahvusvahelise kvaliteedimärgiga sotsiaalteenuste osutamisel (Equass), siis uuring sai kinnitust, et kvaliteeti endiselt väärtustatakse ning see rakendub edasi klientidele. Väikeseid puudujääke on keskkonna- ja ruumide osas.

Tulemustes selgus, et valimis osalenud 32 klienti olid rehabilitatsioonimeeskonna tööga väga rahul ning kliendid nimetasid rehabilitatsiooniteenuseid enda elukvaliteedi parandamisel kasulikkudeks ja vajalikkudeks. Kliendid hindavad kõrgelt rehabilitatsioonimeeskonna koostööd ning individuaalset lähenemist kliendi eesmärkide saavutamiseks. Samuti hinnati rehabilitatsioonispetsialistide üksikteenuseid keskmisest kõrgemaks. Selgus, et kõige enam kasutatakse sotsiaaltöötaja, füsioterapeudi ning tegevusterapeudi teenuseid.

Asutuse keskkonna ja juurdepääsu osas oli ka negatiivsemaid vastuseid. Siin osas tegi töö autor ettepanekuid kuidas muuta teenusekeskkond kliendile sõbralikumaks. Näiteks toitlustamise paremaks läbiviimiseks peab taastusravi patsientidel ja rehabilitatsiooniteenuse klientidel võimaldama süüa erinevates ruumides või erinevatel kellaaegadel ja teiseks oluliseks keskkonna parandamise muutmisel on vajalik paigutada ruumidesse korrektsed suunaviidad, sest hetkel on keeruline majas liikuda.

Töö osa mis puudutas kliendi elukvaliteedi ja toimetulekut paranemist, sai vastuseks samuti positiivse tagasiside. Kõik kliendid vastasid, et neile tuli rehabilitatsiooniteenus

kasuks ja kõrgelt hinnati teenuse kasutamisel tervises seisundi hoidmist ja soovi arendada enda vaimseid ja motoorseid võimeid.

Teooria osa, mis tutvustas meeskonna koostööd ja rollide jaotumist sai tuua paralleeli aneetküsitleuse vastusega, kus rehabilitatsioonimeeskonna vastuvõtuga ollakse kas väga rahul või pigem rahul. Oluline on siin välja tuua rehabilitatsioonimeeskonna liikmete oskused teha koostööd ja koos kliendiga püstitada eesmärgid.

Õigesti jaotunud rollid meeskonnas viivad resultaadini mis on püstitatud ja oluline on ka selgitada spetsialistile tema panust meeskonnas, et saavutada maksimaalne tulemus. Kooskõlas rehabilitatsiooni väärtustega on rehabilitatsiooni eesmärgiks aidata inimestel toime tulla keskkonna nõudmistega, kui ka inimese enda heaoluga. Teenuste tegevuskava peab olema paindlik ning vastavalt sellele, kuidas inimene on muutunud ja kohandunud muutustega, peab üle täpsustama tema võimed ja oskused ning vajadusel neid rohkem arendama ja sekkuma olukorda.

Lõputöös ei tulnud välja suuri erinevusi vastuste osas ning seega võib uurimuse läbiviimist nimetada pigem edukaks, sest kliendi rahulolu teenuste ja elukvaliteedi osas sai positiivse tagasiside ja üldjoontes ollakse kõigega väga rahul.



## VIIDATUD ALLIKAD

- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Center for Psychiatric Rehabilitation*, lk 7-128.
- Astangu Kutsererehabilitatsiooni Keskus. (2015). Rehabilitatsioonialane kompetentsikeskus. Euroopa Sotsiaalfondi programmist „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013“. „Sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse hindamine.“ *Hindamismetoodika*. Loetud aadressilt [http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Astangu/Dokumendid/Taienduskoolituse/Sotsiaalse\\_rehabilitatsiooni\\_vajaduse\\_hindamise\\_metoodika\\_2015\\_.pdf](http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Astangu/Dokumendid/Taienduskoolituse/Sotsiaalse_rehabilitatsiooni_vajaduse_hindamise_metoodika_2015_.pdf)
- Barnes, C., & Mercer, G. (2010). *Exploring Disability* (2nd edn). Cambridge: Polity Press. lk 18-24.
- Belbin Eesti. (2016). Õiged inimesed õiges meeskonnas õigel tööl. Loetud aadressilt <http://belbin.ee/artiklid/oiged-inimesed-oiges-meeskonnas-oigel-tool/>
- Brooks, I. (c2008). *Organisatsioonikäitumine: üksikisik, rühm ja organisatsioon*. Tallinn: Tänapäev.
- Bugarszki, Z., Wilken, J.P., Gijzel, S., Hanga, K., Karbouniaris, S., Kondor, Z., Medar, M., Narusson, D., & Saia, K. (2015). Lood taastumisest ja ühiskonnas osalemisest – kogemused ja väljakutsed. Tallinn. Loetud aadressilt [http://www.communityparticipation-hu.nl/CmsData/Reports/Stories%20of%20recovery%20and%20participation%20\(EST\).pdf](http://www.communityparticipation-hu.nl/CmsData/Reports/Stories%20of%20recovery%20and%20participation%20(EST).pdf)
- Dean, S., Siegert, R., & Taylor, W. (2012). *Interprofessional Rehabilitation. A Person- Centred Approach*, lk 81-86. John Wiley & Sons, Ltd., Publication.

- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. Loetud aadressilt [http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat\\_veeb.pdf](http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat_veeb.pdf)
- Eesti statistika aastaraamat. (2014). Kirjastanud Statistikaamet. Tallinn. Loetud aadressilt [http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5805/1/Stat\\_aastaraamat2014.pdf](http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5805/1/Stat_aastaraamat2014.pdf)
- Hanga, K. (2012). Rehabilitatsioon läbi aastate. Ajakiri *Sinuga*, talv 2012. Eesti Puuetega Inimeste Koda, lk 25-27.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2004). *Uuri ja kirjuta*. Kirjastus Medicina 2005 Tallinn.
- Holmes, J. (2007). *Vocational Rehabilitation*. Blackwell Publishing Ltd. Great Britain, lk 100.
- International Encyclopedia of Rehabilitation. (2016). Loetud aadressilt <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/#s6>
- Kuuse, R., (2015, Detsember 10). Töövõimereform tähendab uut mõtteviisi. *Eesti Päevaleht*. Loetud aadressilt <http://epl.delfi.ee/news/arvamus/rait-kuuse-toovoiimereform-tahendab-uut-motteviisi?id=73175769>
- Maisväli, E. (2015). „*Tartumaa Rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide koostöö kogukonna erinevate partneritega*.” (Magistritöö). Tartu Ülikool.Tartu. Loetud aadressilt [http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/48028/maisvali\\_elerin\\_ma\\_2015.pdf](http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/48028/maisvali_elerin_ma_2015.pdf)
- McKibbin, K.A. (1998). *Evidence based practice*. Bulletin of the Medical Library Association, lk 396 – 401.
- McLellan, D.L. & Wilson, Barbara A. (1997). *Rehabilitation Studies Handbook*. Cambridge University Press.
- Meeskonna loomise alused. ( 2012). Majandus. Loetud aadressilt <http://m.postimees.ee/section/517/762664>
- Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. (2016) RT I, 30.12.2015, 89. Loetud aadressilt <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015089>
- Puusepp, V. (2016). Kuidas kasutada rahulolu-uuringutest saadud infot juhtimises? *Upsteem*. Loetud aadressilt

<http://www.upsteem.com/blogi/kuidas-kasutada-rahulolu-uuringutest-saadud-infot-juhtimises#.Vw90m6R97IU>

Põhja-Eesti Taastusravikeskus. (2014). *Tegevusaruanne*. Loetud aadressilt <http://taastusravi.ee/wp-content/uploads/2015/12/Tegevusaruanne-2014.pdf>

Rehabilitation and habilitation (2016). World Health Organization. Loetud aadressilt <http://www.who.int/disabilities/care/en/>

Riigikontrolli aruanne Riigikogule. (2008). *Riigieelarvest erivajadustega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste osutamine (järelaudit)*. Tallinn, 25.07.2008. Publikatsioonid. Auditid aastate kaupa. Loetud aadressilt <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2057/language/et-EE/Default.aspx>

Rudi, H. (2012, Septembeer 18). Puue on ajas muutuv mõiste. *Postimees*. Loetud aadressilt <http://tervis.postimees.ee/976342/ministeerium-puue-on-ajas-muutuv-moiste>

Runno, M. (2012). Rehabilitatsiooniteenuse arendussuunad hoolekandes. – *Sotsiaaltöö*, nr 1, lk 19.

Sotsiaalhoolekande seadus RT I, 30. 12. 2015, 5. Nõuded sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamisele. Loetud aadressilt <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>

Sotsiaalne rehabilitatsioon. (2016). Puuetega inimestele. Sotsiaalkindlustusamet. Loetud aadressilt <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus. Põhja-Eesti Taastusravikeskus. Loetud aadressilt <http://taastusravi.ee/rehabilitatsiooni-teenused/sotsiaalse-rehabilitatsiooni-teenus/>

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmisel teenusevajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu. (2015) RT I, 29.12.2015, 36. Loetud aadressilt <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122015036>

Suurusel on tähtsus. (2016). Belbin Eesti. Loetud aadressilt <http://belbin.ee/artiklid/meeskond-suurus-on-tahtis/>

- Tankler, Ü. (2003, November). Eesmärkide seadmine ja ellu viimine. Ajakiri *Director* Loetud aadressilt <http://www.director.ee/eesmrkide-seadmine/>
- Tervise Arengu Instituut. (2008). PITRA II - *Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega. Lõppraport*. Tallinn. Loetud aadressilt [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra\\_202\\_2016ppraport\\_1\\_.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1_.pdf)
- The International Federation of Social Workers (IFSW). (2012). *People with disabilities*. Loetud aadressilt <http://ifsw.org/policies/people-with-disabilities/>
- Tööalane rehabilitatsioon. (2016). Põhja-Eesti Taastusravikeskus. Loetud aadressilt <http://taastusravi.ee/rehabilitatsiooni-teenused/tooalane-rehabilitatsioon>
- Töövõimeleht. (2015). Sotsiaalministeerium. Loetud aadressilt <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/documents/Toovoimereform.pdf>
- Töövõimereformi eesmärk. (2016). Sotsiaalkindlustamet. Loetud aadressilt <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/toovoimereform/>
- Vadi, M. (2001). *Grupid organisatsioonis*. Tartu. Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Wilken, J. P., Hollander, D. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil*. Duo Kirjastus. Tallinn.
- World Health Organization. (2016) *WHO Disability Assessment Schedule 2.0*. Loetud aadressilt <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

## Lisa 1. Rehabilitatsiooniteenuse rahulolu uuringu küsitlusankeet

### REHABILITATSIOONITEENUSE TAGASISIDE KLIENDILT

Käesoleva küsimustiku eesmärgiks on uurida Põhja-Eesti Taastusravikeskuse klientide rahulolu teenustega. Uuring on esmakordne ja selle andmeid kasutatakse teenuste kvaliteedi parandamiseks. Küsimustiku tulemusi kasutatakse nende analüüsil anonüümselt. Küsimustikule vastamine võtab aega ca 10 - 12 minutit. Iga arvamus on meile oluline.

Kui Teil on uuringu kohta küsimusi või soovite tulemuste kohta tagasisidet, siis saatke need e-posti aadressile kati.sikk@mail.ee.

Ankeet koosneb 16 küsimusest.

#### 1) Miks soovisite kasutada rehabilitatsiooniteenuseid just Põhja- Eesti

Taastusravikeskuses? Palun tehke valikust ühele ring ümber. \*

- ☐ tuttava soovitusel
- ☐ leidsin juhuslikult interneti otsingust
- ☐ lühike järjekord
- ☐ parim teenindus / personal
- ☐ Muu-\_\_\_\_\_

#### 2) Kas Põhja- Eesti Taastusravikeskuse rehabilitatsiooniteenuste info oli kodulehel

piisav ja arusaadav? \*

- ☐ Jah
- ☐ Ei

Kui vastasid EI, siis selgita palun, mis osas jäi info puudulikuks? \_\_\_\_\_

#### 3) Mitu korda olete kasutanud Põhja- Eesti taastusravikeskuse teenuseid? \*

- ☐ Üks kord
- ☐ 2-3 korda
- ☐ 4 ja enam korda

#### 4) Kas olite rehabilitatsiooniteenuseid pakkuva asutuse üldise keskkonnaga ja juurdepääsuga ruumidele rahul? \*

Vali üks number skaalalt (kus, 1- võiks olla parem...4- kõik oli hästi)

- ☐ 1
- ☐ 2

- 3
- 4

**5) Hinnake teie poolt kasutatud rehabilitatsiooniteenuseid (mida on valikus kaheksa) 4-palli süsteemis \***

**Palun märkige igas reas vastus ainult ühte kasti!!**

<b>TEENUSED</b>	<b>1) Ei ole üldse rahul</b>	<b>2) Võiks olla parem</b>	<b>3) Enam-vähem rahul</b>	<b>4) Olen väga rahul</b>	<i>*millises osas võiks teenus olla parem</i>
1.Rehabilitatsiooniteenuse hindamine ja planeerimine					
2.Rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine ja tulemuste hindamine					
3.Füsioterapeudi teenus					
4.Psühholoogi teenus					
5.Sotsiaaltöötaja/rehabilitatsiooni korraldaja teenus					
6.Tegevusterapeudi teenus					
7.Logopeedi teenus					
8.Taastusarst					

**6) Kas Teie sotsiaalne toimetulek ja üldine elukvaliteet on peale teenuse saamist paranenud? \***

- on paranenud
- on jäänud samaks
- on läinud halvemaks

Palun põhjendage oma hinnangut

---

7) Milleks oli Teile rehabilitatsiooniteenus vajalik? \* Valige üks vastus

- ☐ võimaldab tagasi pöörduda tööle
- ☐ ei lase tervises seisundil muutuda halvemaks
- ☐ hoiab vaimu virge ja annab positiivset energiat
- ☐ arendada enda motoorseid( kehalisi) ja vaimseid võimeid
- ☐ Muu-\_\_\_\_\_

8) Kas rehabilitatsioonimeeskonna vastuvõtuga ja teenindusega olete rahul? \*

- ☐ olen väga rahul
- ☐ pigem olen rahul
- ☐ pigem ei ole rahul
- ☐ ei ole üldse rahul

9) Kas rehabilitatsiooniteenus tuli Teile kasuks \*

- ☐ Jah
- ☐ Ei

10) Kas Teie ootused rehabilitatsiooniteenuste ( füsio,-ja tegevusteraapia, logopeed, psühholoog, sotsiaaltöötaja, taastusarst, reha teenuse hindamine ja juhendamine) osas vastasid ootustele?

Vali üks number skaalalt ( 1- ei vastanud...4- vastasid täielikult) \*

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

Vastates (1) Ei vastanud ootustele, kirjutage mis osas ei vastanud?

---

11) Kas soovitate kasutatud rehabilitatsiooniteenuseid ka teistele? \*

Vali üks number skaalalt (kus, 1- ei soovita ja 8- väga soovitan)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8

12) Kuidas sattusite rehabilitatsiooniteenusele? \*Valige üks vastus.

- Sotsiaalkindlustusameti kaudu
- eelmisest aastast (2015) kehtiva rehabilitatsiooniplaaniga
- läbi elatud haiguse/ trauma tagajärjel
- Muu - \_\_\_\_\_

**13) Kas peate ka tulevikus kasutama rehabilitatsiooniteenuseid? \***

- Jah
- Ei
- ei oska öelda

**14) Kas olete töötav inimene või soovite suunduda tööle? Palun tehke valikust ühele ring ümber. \***

- jah, soovin tööle suunduda
- jah, olen tööl juba varasemalt
- ei ole, ega suundu tööle
- ei oska öelda
- Muu- \_\_\_\_\_

**15) Teie vanus?**

- 16-26
- 27-37
- 38-48
- 49- .....

**16) Teie sugu \***

- Naine
- Mees

TÄNAN VÄGA ☐ Kati



## SUMMARY

### CUSTOMERS SATISFACTION CONCERNING THE REHABILITATION SERVICES OFFERED BY PÕHJA-EESTI TAASTUSRAVIKESKUS

Kati Sikk

The aim of the thesis is to give an overview of new employment legislation that was applied in Estonia in 2016 and its implications on customer satisfaction with rehabilitation services.

For the analysis purposes the customer satisfaction survey was performed at Põhja-Eesti Taastusravikeskus (henceforth PETK). PETK is a provider of rehabilitation and social welfare services. PETK has been awarded the international quality certificate EQUASS. The practicality of such survey was also brought up by the management of PETK as the customer satisfaction and effectiveness was never been analysed at the organisation before.

The goal of the survey and analysis was to find the customer satisfaction and results of rehabilitation services. The actual satisfaction, results and effectiveness of rehabilitation services was analysed by a questionnaire. The questionnaire was distributed to customer in electronical and paper format in February – April 2016.

The results show that according (32 respondents) of customers are fully satisfied with services of PETK. The main effect is that the customers relate their improvement in quality of life with receiving the rehabilitation services of PETK. All customers have responded that due to the rehabilitation services of PETK. They were able to keep or improve their general health condition and they have enhanced their will to develop their physical and mental skills.

The customers also rate highly the individual approach of PETK to each customer and great teamwork within the rehabilitation staff. Also the individual rehabilitation services have received above average satisfaction. The most used services are the services physiotherapist, social worker and occupational therapist.

Despite of the general high satisfaction with services, PETK also received some negative feedback. The lower satisfaction ratings were related to the access and the general environment of the organisation. The author has given recommendations for improvements in these areas. For example the recommendations were given regarding the catering procedures and scheduling but also regarding direction signs in the facilities of PETK.

The theoretical framework of the thesis was also concentrating on teamwork aspects of an organisation. It can be identified that there is a correlation between the positive satisfaction ratings and the good teamwork between highly skilled specialists at PETK. The main goal of rehabilitation is to help patients with their daily life quality and environment. Well compiled rehabilitation team with highly skilled specialists where each of them knows their role in the whole process is the key to a successful result. Also the rehabilitation action plans must be flexible to adjust to the changing environment and has to be fine-tuned to the needs of each patient. The skills and abilities of each patient have to be regarded to execute a successful rehabilitation plan.

The thesis has successfully analysed the satisfaction of rehabilitation customers at PETK. Also the correlation between good team and results was identified.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Kati Sikk (sünnikuupäev: 11.06.1977),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Klientide rahulolu rehabilitatsiooniteenustega Põhja – Eesti Taastusravikeskuse näitel,“

mille juhendaja on Tiiu Kamdron,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
  - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
  3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, **18.05.2016**